



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) **2023 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos**

Para pedirnos información más reciente o hacernos alguna pregunta, puede llamarnos al 1-844-812-6896 o al 711 para TTY de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 8 a.m. a 12 m., o visitar www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos hecho cambios a esta lista de medicamentos desde el 16/5/2023.

Mensaje importante sobre el pago de vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para más información.

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos* 2023 (Formulario)

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como la Lista de medicamentos). Aquí se le informa qué medicamentos recetados y de venta libre e insumos están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. La Lista de medicamentos también le informa si algún medicamento cubierto por Neighborhood INTEGRITY tiene reglas o restricciones especiales. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Renuncias de garantías	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	5
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .)	5
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?	6
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?	8
B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	9
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	9
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	9
B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	11
B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
B16. ¿Cuál es mi copago?.....	12
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	170



A. Renuncias de garantías

Esta es la lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Neighborhood INTEGRITY.

- ❖ Neighborhood INTEGRITY es un plan de salud que posee un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Rhode Island para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896, 8 am to 8 pm, Monday - Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. TTY users should call 711. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENÇÃO: Se você fala Português, o idioma, os serviços de assistência gratuita, estão disponíveis para você. Os serviços de chamada em 1-844-812-6896 TTY (711), 8 am a 8 pm, de segunda a sexta-feira; 8 am a 12 pm no sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvido no próximo dia útil. A ligação é gratuita.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las Preguntas frecuentes para tener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*.)

Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página **15** son los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. Estos medicamentos se pueden adquirir en las farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red cuando tenemos un contrato con el establecimiento para que trabaje con nosotros y les provea servicios a los miembros. Nos referiremos a estos establecimientos como “farmacias de la red”.

- Neighborhood INTEGRITY cubrirá todos los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico que estén en la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otro profesional de la salud dice que los necesita para mejorarse o para mantener la salud, **y además**
 - usted adquiere el medicamento recetado en una farmacia de la red Neighborhood INTEGRITY.
- Neighborhood INTEGRITY puede añadir otros requisitos para acceder a ciertos medicamentos (ver pregunta B4 a continuación).

También puede consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY, o llamando al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Neighborhood INTEGRITY debe seguir las normas de Medicare y Medicaid de Rhode Island al realizar modificaciones. Podemos incorporar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas con relación a los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- decidir que pediremos o no pediremos autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (PA es el permiso de Neighborhood INTEGRITY para que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (se denomina “límite de cantidad”).
- agregar o modificar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas que regulan el uso de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más económico que funciona igual de bien que un medicamento que está actualmente en la Lista de medicamentos, ☐
- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, ☐
- el medicamento sea retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 que figuran a continuación aportan más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Usted siempre puede consultar la Lista actualizada de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- También puede llamar al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) para consultar la Lista de medicamentos vigente.

B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?

Algunas modificaciones de la Lista de medicamentos se producen **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Aparición de un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento que funciona igual de bien que un medicamento de marca que está incluido en la Lista de medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca e incorporemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando incorporemos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en la lista pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos límites. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea la pregunta B10.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que algún medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, recibirá una notificación. Le enviaremos una carta donde le aconsejaremos cómo proceder con su proveedor y su farmacéutico.

Es posible que realicemos otros cambios relativos a los medicamentos que usted toma.

En caso de realizar otros cambios a la Lista de medicamentos, se lo notificaremos con anticipación. Estos cambios pueden producirse si:

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- Incorporamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos ○
 - Modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

- se lo informaremos por lo menos 30 días antes de modificar la Lista de medicamentos ○
- se lo informaremos y le proporcionaremos un suministro del medicamento para 30 días cuando usted solicite la reposición.

Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. Este podrá ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar ○
- si es conveniente solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre excepciones, consulte la pregunta B10.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional que recete el medicamento deberán cumplir con ciertos requisitos antes de que usted pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para ciertos medicamentos, usted o su médico u otro profesional que recete el medicamento deberán obtener la PA de Neighborhood INTEGRITY antes de que usted pueda obtener el medicamento. Neighborhood INTEGRITY podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene autorización.
- **Límites de cantidad:** A veces, Neighborhood INTEGRITY limita la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Neighborhood INTEGRITY requiere que usted realice un tratamiento escalonado. Es decir, para el tratamiento de su enfermedad, tendrá que probar medicamentos en un determinado orden. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que le cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, le cubriremos el segundo.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **15-169**. También puede obtener información adicional visitando nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY. Hemos publicado documentos en línea en los cuales se explican nuestras restricciones en virtud de la PA y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?

La tabla de medicamentos de la página **15** incluye una columna rotulada “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”).

B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o modificamos requisitos de PA, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento. Lea la pregunta B3 para obtener más información sobre esta notificación anticipada y las situaciones en las que quizás no podamos notificarle anticipadamente que se modificarán las reglas sobre los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar en orden alfabético (si sabe cómo se escribe el nombre del medicamento) por el nombre del medicamento, o
- puede buscar por la enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **170**.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la página **15**. En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención a los miembros, al 1-844-812-6896 (TTY 711) y pregunte por el medicamento. Si averigua que Neighborhood INTEGRITY no cubre ese medicamento, tiene las siguientes opciones:

- Pedir al Servicio de atención a los miembros una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Después mostrarle la lista a su médico o el profesional que le receta el medicamento. El médico puede recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que usted quiere tomar. **O**
- pedirle al plan de salud que haga una excepción y cubra el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Nosotros podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento de la Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Island Medicaid durante los primeros 90 días que usted sea Miembro de Neighborhood INTEGRITY. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción.

Si se entrega una receta por menos días, autorizaremos múltiples reposiciones para proveer hasta un máximo de medicamento para 30 días.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid si:

- usted está tomando un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el médico que le extendió la receta, o
- el medicamento requiere PA de Neighborhood INTEGRITY, o
- usted está tomando un medicamento que tiene una restricción de tratamiento escalonado.

Si usted está en un hogar para personas de edad avanzada o en otro establecimiento de cuidados por tiempo prolongado y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un establecimiento de cuidados a largo plazo, y necesita un suministro inmediatamente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (salvo que tenga una receta para menos días), independientemente de que usted sea o no sea un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.
- Esto es adicional al suministro temporal durante los primeros 90 días en que usted es Miembro de Neighborhood INTEGRITY.

Las transiciones del Nivel de atención se permiten para los miembros que recibieron el alta de una institución de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulativo para 30 días del medicamento que necesita, independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

Las transiciones del Nivel de atención también se admiten en el caso de los miembros que fueron internados en una institución de atención a largo plazo durante los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulativo para 31 días del medicamento que necesita (los límites de reposiciones son válidos para ciertos medicamentos de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?

Sí. Puede pedirle a Neighborhood INTEGRITY que haga una excepción y cubra el medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que modifiquemos las reglas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Neighborhood INTEGRITY puede limitar la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que modifiquemos el límite para que cubramos más cantidad.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que no se apliquen las restricciones de tratamiento escalonado o PA.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, comuníquese con el Servicio de atención a los miembros. El Servicio de atención a los miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

Después de recibir una declaración del médico que le da la receta en la que respalde su pedido de excepción, tomaremos nuestra determinación sobre su pedido de excepción y le informaremos en un plazo de 72 horas. El médico que le da la receta debe enviar la declaración por fax al 1-855-829-2875.

Si usted o su médico consideran que su salud se puede perjudicar si tiene que esperar 72 horas para obtener nuestra decisión puede solicitar una excepción acelerada. Se trata de una decisión más rápida. Si su médico respalda su pedido, le informaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas de recibida la declaración de respaldo de su médico.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están preparados con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y por lo general no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA).

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

OTC es la sigla de “over-the-counter”, que significa “de venta libre”. Neighborhood INTEGRITY cubre algunos medicamentos OTC cuando están recetados por su proveedor médico.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Puede consultar la Lista de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY para averiguar qué medicamentos OTC están cubiertos.

B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

Neighborhood INTEGRITY cubre algunos productos de venta libre (OTC) cuando su proveedor se los receta.

Algunos ejemplos de los productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos incluyen a determinados insumos para análisis de orina y sangre, como también a ciertos agentes saborizantes o tintes que pueden agregarse a los medicamentos líquidos.

Puede leer la Lista de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY para averiguar qué productos de venta libre (OTC) se encuentran cubiertos.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Como miembro del plan Neighborhood INTEGRITY, usted no tiene que pagar copagos para los medicamentos recetados y OTC siempre y cuando usted cumpla con las reglas de Neighborhood INTEGRITY.

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son los genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son los de marca.
- Los medicamentos del Nivel 3 son los medicamentos recetados ajenos a Medicare y los medicamentos de venta libre (OTC) o artículos.

C. Breve resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página **170**. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

Nota: La inscripción **DP** al lado de un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. El monto que usted paga cuando adquiere este medicamento bajo receta no se tiene en consideración para calcular sus costos totales de medicamentos (es decir que el monto que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica).

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Además, si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar por sus recetas, no recibirá Ayuda Adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda Adicional, consulte el recuadro que aparece a continuación.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

- Estos medicamentos también tienen diferentes reglas para las apelaciones. Una apelación es un recurso formal para pedir una revisión de la decisión de cobertura y modificarla si cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Rhode Island Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Para pedir instrucciones sobre la forma de apelar, comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.

Significado de los códigos usados en la columna “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”):

PA = Autorización previa (aprobación): debe contar con la aprobación previa del plan antes de poder obtener este medicamento

ST = Tratamiento escalonado: debe probar otro medicamento antes de poder recibir este.

QL = Límite de cantidad: Neighborhood INTEGRITY limita la cantidad de medicamento que puede obtener.

B/D = Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, es posible que se solicite una autorización previa (aprobación). Quizás resulte



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

necesario presentar información en la cual se describa por qué y dónde (en qué entorno) utiliza este medicamento.

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

NDS = Suministro por tiempo no extendido. Este medicamento no está disponible para un suministro mayor a 30 días.

LA = Acceso limitado. Este medicamento solo está disponible a través de ciertas farmacias especializadas.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, SYNTHROID), y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (por ejemplo, *levothyroxine*). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en uso” le indica si Neighborhood INTEGRITY tiene alguna regla para cubrir su medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Lista de Medicamentos Agrupados por Enfermedad

FECHA EFECTIVA: 6/1/2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
Agentes Antineoplásticos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (216 ml cada 27 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
<i>lytgobi (12 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (16 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (20 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 cápsulas cada 28 días); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (70 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (91 tabletas cada 28 días); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (110 tabletas cada año); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada año); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 frascos cada año); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 365 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 recambio cada 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 365 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
Inmunosupresores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 2)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfui/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 2)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 2)	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (2 frascos por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 2)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 2)	

ANALGÉSICOS

Aine

ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>px childrens profen ib oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px infants profen ib oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relieve child dye-free oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nortemp infants oral suspension 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NORTEMP ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>px arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px childrens pain relief oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tgt childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (400 ml cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (93 tabletas cada 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada año)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada año)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-CoA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nivel 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido DP = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PICODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pna-hrt base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>q-derm external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rejuvacare plus external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-max external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (540 paquetes cada 30 días); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (540 tabletas cada 30 días)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Antitiroideos		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUCO BURST ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>deferiasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferiasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferiasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nivel 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone oral tablet 0.35 mg	\$0 (Nivel 1)	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (Nivel 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nivel 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nivel 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nivel 2)	
FIASP FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nivel 2)	QL (4 plumas cada 28 días)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 30 días)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (4 plumas cada 28 días)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (3 plumas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gml/tsp</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
Estrógenos		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	\$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Progestinas		
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid anti-gas reg strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq/ antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 420 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-pectate oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp k-pec oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief antifatulent oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOCU LIQUID ORAL LIQUID 100 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docu oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>konsyl daily fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>laxacin oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>natural fiber laxative oral powder 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>tgt fiber therapy oral powder 28.3 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TGT POWDERLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt psyllium fiber oral capsule 520 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

GENITOURINARIO

Antiespasmódicos Urinarios

<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antiinfecciosos Vaginales		
3 day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0 (Nivel 1)	
miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (Nivel 1)	
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
tgt miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Diversos		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (20 frascos cada 30 días); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRATX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron supplement oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>myferon 150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 47.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-fefa plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nivel 2)	
ROCKLATAN OPTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 2)	
SIMBRINZA OPTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST OPTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE OPTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nivel 2)	
CILOXAN OPTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 2)	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>sm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	

ÓTICOS

Agentes Óticos

<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy-time oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diphen oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhist oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbechlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy 4 hour oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (2 inhaladores cada 30 días)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada 30 días)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (4 inhaladores cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Esteroides Nasaes		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 botella cada 30 días)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 ml cada 30 días)
Inhalantes Esteroides		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (240 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (180 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido DP = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough gels oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaiaatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult multi-symptom oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief d (loratid) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus congestion max strength oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 hojas cada 30 días); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 jeringas cada 28 días); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (16 plumas cada año); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Anticonvulsivantes		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (720 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (90 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 hojas cada 30 días); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 ml cada 30 días); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 parches cada 30 días); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 28 días); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (270 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 90 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 30 días); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 inyecciones cada 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL FORTE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL MEGA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nivel 2)	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRICARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 2)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido DP = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra ped electrolyte freezer pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG, 950 (200 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + d oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 +d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-200 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium extra d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm calcium citrate+vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magdelay oral tablet delayed release 70 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL-D ORAL TABLET 500-10 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate w/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (Nivel 2)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>algae based calcium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>animal chews oral tablet chewable , with c & fa</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH HAPPY CYCL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biosupp oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOTECT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin 5000 oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin plus/calcium/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>certa plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>d 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 vitamin oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin formula+iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin formula+minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dayavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disney cars gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disney princess gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq century mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eyeprotect oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fabb oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folika-mg oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FORTAVIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FOSFREE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century adults 50+ senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century cardio health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century ultimate womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens complete oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp diabetic support formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes supervision oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair formula extra strength oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails/biotin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HALLS DEFENSE VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>high pot multivitamin/beta-car oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivit/ifa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ mens ultimate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ women ultimate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm mens 50+ advanced one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm niacin oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm niacin tr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm super vitamin b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin e oral capsule 400 unit, 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>i-vite protect oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivitamin/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mega vm-80 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multi vitamin & mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi complete/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI-BETIC DIABETES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex-t&m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/extra vitamin d3 oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins/minerals adult oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mynephrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>my-vitalife oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY SCOOPY-DOO GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vital/iron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatalliron oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>profola oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure c 500 oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px advanced formula multivits oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px complete senior multivits oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px mens multivitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivit/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily energy formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL MULTIVITAMIN FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal-vite oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REQ 49+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SAVISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex maxi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super multiple oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>superplex-t oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA M PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic multivit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>theravim-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-H ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>unicomplex-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formula eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formulalutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita-bee/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAFOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-acerola oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitasure oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitatrum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vp-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wescaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab mini oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>west-vite w/folic acid oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens daily form/falcalfe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>xvite oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zoo friends complete oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zyvana oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (Nivel 1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
lidocaine external ointment 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
lidocaine external patch 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 ml cada 30 días)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 g cada 30 días)
Dermatología, Antibióticos		
bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
mupirocin external ointment 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
px triple external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0 (Nivel 1)	
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido DP = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot spray external aerosol 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMAFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LAMISIL AT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>px athletic foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt antifungal spray powder external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TING EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ml cada 30 días)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice treatment external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido DP = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing extra dry external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 g cada 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nivel 3)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nivel 2)	QL (30 g cada 30 días)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.075 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	99	adult one daily gummies.....	131	allopurinol.....	37
12 hour nasal decongestant.....	99	ADVAIR DISKUS.....	97	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	70
12 hour nasal spray.....	99	ADVAIR HFA.....	97	alosetron hcl.....	74
1st base.....	54	ADVANCED MULTI EA.....	131	ALPHAGAN P.....	87
24hr allergy relief.....	93	ADVANTAGE CARE		alprazolam.....	108
3 day vaginal.....	82	ELECTROLYTE PED.....	124	ALREX.....	89
4-WAY FAST ACTING.....	99	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	29	ALTAVERA.....	57
50+ adult eye health.....	131	AFIRMELLE.....	57	alum & mag hydroxide-simeth.....	70
8 hour arthritis pain reliever.....	32	AIMOVIG.....	119	alumina-magnesia-simethicone.....	71
8 hr arthritis pain relief.....	32	AIRBORNE.....	131	aluminum hydroxide gel.....	71
8hr muscle aches & pain.....	32	AIRBORNE GUMMIES.....	131	ALUNBRIG.....	16
a thru z advanced.....	131	AIRBORNE KIDS.....	131	alyacen 1/35.....	57
a thru z high potency.....	131	AIRBORNE+GOOD REST.....	131	alyacen 7/7/7.....	57
a thru z select.....	131	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	131	AMABELZ.....	68
a thru z select 50+ advanced.....	131	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	131	amantadine hcl.....	107
a thru z select 50+ mens.....	131	ala-cort.....	164	ambrisentan.....	53
a thru z select advanced.....	131	ALAVERT.....	93	AMETHIA.....	58
a thru z select ultimate women.....	131	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	100	amikacin sulfate.....	40
a thru z ultimate mens.....	131	albendazole.....	40	amiloride hcl.....	52
a-10000.....	131	albuterol sulfate.....	96	amiloride-hydrochlorothiazide.....	52
abacavir sulfate.....	37	albuterol sulfate hfa.....	96	amiodarone hcl.....	48
abacavir sulfate-lamivudine.....	39	alcometasone dipropionate.....	164	amitriptyline hcl.....	113
abc complete senior womens 50+.....	131	ALDURAZIME.....	66	AMLADEX.....	132
abc plus.....	131	ALECENSA.....	16	amlodipine besy-benazepril hcl.....	52
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+.....	131	alendronate sodium.....	70	amlodipine besylate.....	50
ABELCET.....	39	aler-cap.....	93	amlodipine besylate-valsartan.....	51
ABILIFY MAINTENA.....	114	alfuzosin hcl er.....	83	amlodipine-olmesartan.....	51
abiraterone acetate.....	15	algae based calcium.....	131	ammonium lactate.....	165
acamprosate calcium.....	119	aliskiren fumarate.....	53	AMNESTEEM.....	160
acarbose.....	64	ALIVE ULTRA POTENCY		amoxapine.....	113
ACCUTANE.....	160	WOMENS 50+.....	131	amoxicillin.....	46
acebutolol hcl.....	50	ALIVE WOMENS 50+.....	132	amoxicillin-pot clavulanate.....	46
acerola c-500.....	131	ALIVE WOMENS ENERGY.....	132	amoxicillin-pot clavulanate er.....	46
acetaminophen.....	33	ALIVE WOMENS GUMMY.....	132	amphetamine-dextroamphet er.....	117
acetaminophen 8 hour.....	32	all day allergy.....	93	amphetamine-dextroamphetamine.....	117
acetaminophen childrens.....	32	all day allergy childrens.....	93	amphotericin b.....	39
acetaminophen er.....	33	all day allergy d.....	100	amphotericin b liposome.....	40
acetaminophen extra strength.....	33	all day allergy-d.....	100	ampicillin.....	46
acetaminophen infants.....	33	ALLBEE/C.....	132	ampicillin sodium.....	46
acetaminophen-codeine.....	31	all-day allergy childrens.....	93	ampicillin-sulbactam sodium.....	47
acetazolamide.....	52	aller-chlor.....	93	anagrelide hcl.....	83
acetazolamide er.....	52	aller-ease.....	93	anastrozole.....	15
acetic acid.....	82, 92	allergy.....	93	animal chews.....	132
acetylcysteine.....	97	allergy (cetirizine).....	93	ANIMAL SHAPES.....	132
acitretin.....	163	allergy 24-hr.....	93	animal shapes/iron.....	132
ACTHIB.....	27	allergy childrens.....	93	ANIMI-3.....	132
actical.....	131	allergy rel child (loratadine).....	93	ANORO ELLIPTA.....	97
ACTIMMUNE.....	26	allergy relief.....	93	antacid.....	71
active fe.....	84	allergy relief (loratadine).....	93	antacid anti-gas max strength.....	71
acyclovir.....	43	allergy relief cetirizine.....	93	antacid anti-gas reg strength.....	71
acyclovir sodium.....	43	allergy relief childrens.....	93	antacid maximum strength.....	71
ADACEL.....	27	allergy relief d.....	100	antacid plus anti-gas relief.....	71
adapalene.....	160	allergy relief d-12.....	100	antacid regular strength.....	71
adefovir dipivoxil.....	43	allergy relief d-24.....	100	antacid/antigas.....	71
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	131	allergy relief indoor/outdoor.....	93	antacid/anti-gas.....	71
ADEMPAS.....	53	allergy relief nasal decongest.....	100	anti-diarrheal.....	72
ADIPEX-P.....	120	allergy relief-d.....	100	antifungal.....	162
ADRENALIN.....	53	allergy/congestion relief.....	100	anti-fungal.....	162
adult aspirin regimen.....	33	allergy-time.....	93	antifungal (clotrimazole).....	162

<i>antifungal (tolnaftate)</i>	162	AVIANE.....	58	BENZEPRO.....	160
<i>antifungal clotrimazole</i>	162	AVITA.....	160	BENZEPRO SHORT CONTACT ...	160
<i>anti-itch</i>	166	AYUNA.....	58	<i>benzoin</i>	166
<i>antioxidant</i>	132	AYVAKIT.....	16	<i>benzonatate</i>	100
<i>anti-oxidant</i>	132	<i>az cream</i>	54	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	160
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	132	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	120
<i>antioxidant formula</i>	132	<i>azathioprine</i>	26	<i>benztropine mesylate</i>	107
<i>antiseptic skin cleanser</i>	166	<i>azelastine hcl</i>	87, 93	BERINERT.....	83
APHEN.....	33	<i>azithromycin</i>	45	BESIVANCE.....	88
<i>aprepitant</i>	73	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI.....	22
APRI.....	58	CYCLE CARE.....	132	<i>beta care</i>	166
APTIOM.....	108	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA.....	166
APTIVUS.....	37	HAPPY CYCL.....	132	BETADINE.....	166
AQUA GLYCOLIC FACE.....	166	<i>aztreonam</i>	40	<i>betaine</i>	66
AQUADEKS.....	132	AZURETTE.....	58	<i>betamethasone dipropionate</i>	164
<i>aqueous vitamin d</i>	132	<i>b complex</i>	132	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	164
ARALAST NP.....	97	<i>b complex (folic acid)</i>	132	<i>betamethasone valerate</i>	164
ARANELLE.....	58	<i>b complex vitamins</i>	132	BETASERON.....	107
ARBEM H-COSMETIC.....	54	<i>b complex-b12</i>	132	<i>betaxolol hcl</i>	50, 87
ARBEM LIOPEN.....	54	<i>b complex-c</i>	132	<i>bethanechol chloride</i>	82
ARCALYST.....	26	<i>b complex-c-folic acid</i>	132	BETOPTIC-S.....	87
<i>aripiprazole</i>	114	<i>b-1</i>	132	<i>better b complex</i>	133
ARISTADA.....	114, 115	<i>b-12</i>	132	BEVESPI AEROSPHERE.....	97
ARISTADA INITIO.....	114	<i>b-12 tr</i>	132	<i>bexarotene</i>	22, 166
<i>armodafinil</i>	119	<i>b-6</i>	132	BEXSERO.....	27
ARNUITY ELLIPTA.....	99	<i>b6 natural</i>	132	<i>bicalutamide</i>	15
<i>arthritis pain relief</i>	33	<i>bacitracin</i>	88, 161	BICILLIN L-A.....	47
<i>arthritis pain relieving</i>	166	<i>bacitracin zinc</i>	161	BIKTARVY.....	39
<i>artificial tears</i>	90	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	161	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	133
<i>ascorbic acid</i>	132	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	88	<i>biocal</i>	133
<i>asenapine maleate</i>	115	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	88	BIOLYTE.....	124
ASHLYNA.....	58	<i>baclofen</i>	108	<i>biosupp</i>	133
<i>aspirin</i>	33	BACMIN.....	132	BIOTECT PLUS.....	133
<i>aspirin adult low strength</i>	33	BAFIERTAM.....	107	<i>biotin</i>	133
<i>aspirin ec adult low strength</i>	33	<i>balance b-50</i>	132	<i>biotin 5000</i>	133
<i>aspirin ec low strength</i>	33	<i>balsalazide disodium</i>	76	<i>biotin maximum strength</i>	133
<i>aspirin low dose</i>	33	BALVERSA.....	16	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	133
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	87	BALZIVA.....	58	<i>bisacodyl</i>	76
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BANOPHEN.....	93, 166	<i>bisacodyl ec</i>	76
SYR.....	63	BARACLUDE.....	43	<i>bisacodyl laxative</i>	76
<i>atazanavir sulfate</i>	37	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	132	<i>bismatrol</i>	72
<i>atenolol</i>	50	BASAGLAR KWIKPEN.....	63	<i>bismuth</i>	72
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	51	BASE PCCA CLARIFYING.....	54	<i>bismuth subsalicylate</i>	72
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	162	BASLE.....	166	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	162	BAYER ASPIRIN.....	33	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>athletes foot powder spray</i>	162	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...33		BIVIGAM.....	25
<i>athletes foot spray</i>	162	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE.....	58
<i>atomoxetine hcl</i>	117	<i>b-complex (folic acid)</i>	133	BLISOVI FE 1.5/30.....	58
<i>atorvastatin calcium</i>	49	<i>b-complex balanced</i>	133	<i>body/hair/skin/nails</i>	133
<i>atovaquone</i>	40	<i>b-complex/b-12</i>	133	BOOSTRIX.....	27
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	42	<i>b-complex/vitamin c</i>	133	<i>bortezomib</i>	16
<i>atropine sulfate</i>	90	<i>b-complex-c</i>	133	<i>bosentan</i>	54
ATROVENT HFA.....	93	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	133	BOSULIF.....	16
AUBRA EQ.....	58	BELSOMRA.....	118	<i>bp vit 3</i>	133
AUROVELA 1/20.....	58	<i>benazepril hcl</i>	54	BPROTECTED MULTI-VITE.....	133
AUROVELA 24 FE.....	58	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	133
AUROVELA FE 1.5/30.....	58	BENDEKA.....	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUROVELA FE 1/20.....	58	BENLYSTA.....	26	VITE/FE.....	133
AUSTEDO.....	118	BENZEDREX.....	100	BRAFTOVI.....	16
AUVELITY.....	113	BENZEFOAM.....	160	BREO ELLIPTA.....	97

BREZTRI AEROSPHERE.....	97	calcium 600+d high potency.....	126	cefazolin sodium.....	44
brillyn.....	58	calcium 600+d3.....	126	cefazolin sodium-dextrose.....	44
BRILINTA.....	87	calcium 600-d.....	126	cefdinir.....	44
brimonidine tartrate.....	87	calcium acetate.....	56	cefepime hcl.....	44
brinzolamide.....	87	calcium acetate (phos binder).....	56	cefixime.....	44
BRIVIACT.....	108	calcium carb-cholecalciferol.....	126	cefoxitin sodium.....	44
bromocriptine mesylate.....	107	calcium carbonate.....	126	cefpodoxime proxetil.....	44
BROMSITE.....	89	calcium carbonate antacid.....	71	cefprozil.....	44
BRUKINSA.....	16	calcium citrate.....	126	ceftazidime.....	45
budesonide.....	76, 99	calcium citrate + d3.....	126	ceftazidime and dextrose.....	44
budesonide er.....	76	calcium citrate + d3 maximum.....	126	ceftriaxone sodium.....	45
bumetanide.....	52	calcium citrate +d.....	126	cefuroxime axetil.....	45
buprenorphine.....	31	calcium citrate+d3.....	126	cefuroxime sodium.....	45
buprenorphine hcl.....	120	calcium citrate+d3 petites.....	126	celecoxib.....	29
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	120	calcium citrate-vitamin d.....	126	CELONTIN.....	109
bupropion hcl.....	113	calcium citrate-vitamin d3.....	126	centavite a-z complete-mineral.....	133
bupropion hcl er (smoking det).....	120	calcium extra d3.....	126	CENTRATEX.....	84
bupropion hcl er (sr).....	113	calcium high potency.....	126	centravites.....	134
bupropion hcl er (xl).....	113	calcium high potency/vitamin d.....	127	centravites 50 plus.....	133
buspirone hcl.....	108	calcium oyster shell.....	127	centravites adults.....	134
butenafine hcl.....	162	calcium plus vitamin d.....	127	CENTRUM.....	134
butorphanol tartrate.....	31	calcium+d3.....	127	CENTRUM ADULTS.....	134
BYDUREON BCISE.....	64	calcium-magnesium-zinc.....	127	CENTRUM CARDIO.....	134
BYETTA 10 MCG PEN.....	64	calcium-vitamin d3.....	127	CENTRUM FLAVOR BURST	
BYETTA 5 MCG PEN.....	64	CALMOSEPTINE.....	166	ADULT.....	134
c 1000.....	133	CALQUENCE.....	16	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
c 500.....	133	CAMILA.....	58		134
c-1000.....	133	CAMRESE.....	58	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ..	134
c-1000/rose hips.....	133	CAMRESE LO.....	58	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c-250.....	133	candesartan cilexetil.....	48	ADULT.....	134
c-500.....	133	candesartan cilexetil-hctz.....	51	CENTRUM KIDS.....	134
c-500/rose hips.....	133	capcof.....	100	CENTRUM MEN.....	134
cabergoline.....	66	CAPLYTA.....	115	CENTRUM MULTIGUMMIES.....	134
CABOMETYX.....	16	CAPRELSA.....	16	CENTRUM SILVER.....	134
calamine.....	166	capsaicin.....	166	CENTRUM SILVER 50+MEN.....	134
calamine phenolated.....	166	capsaicin pain relief.....	166	CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	134
calamine-zinc oxide.....	166	captopril.....	54	CENTRUM SILVER ADULT 50+ ..	134
CALCI-CHEW.....	125	CAPZASIN-HP.....	166	CENTRUM SILVER ULTRA	
CALCIDOL.....	133	carbamazepine.....	109	WOMENS.....	134
calcipotriene.....	163	carbamazepine er.....	108	CENTRUM SPECIALIST HEART..	134
calcitonin (salmon).....	70	carbidopa-levodopa.....	107	CENTRUM SPECIALIST VISION..	134
CALCITRATE.....	125	carbidopa-levodopa er.....	107	CENTRUM ULTRA WOMENS.....	134
CALCITRENE.....	163	carbidopa-levodopa-entacapone..	107	CENTRUM WOMEN.....	134
calcitriol.....	57	carboplatin.....	15	century.....	134
calcium.....	127	carboxymethylcellulose sod pf.....	90	century mature.....	134
calcium + d.....	125	carboxymethylcellulose sodium.....	90	cephalexin.....	45
calcium + vitamin d3.....	125	CARDIOTEK RX.....	133	CERALYTE 70.....	124
calcium 500 + d.....	125	carglumic acid.....	66	CERASPORT.....	124
calcium 500 + d3.....	125	carisoprodol.....	108	CERASPORT EX1.....	124
calcium 500 +d.....	125	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	162	CERAVE.....	166
calcium 500/d.....	126	carteolol hcl.....	87	CERAVE MOISTURIZING.....	166
calcium 500/vitamin d.....	126	CARTIA XT.....	50	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calcium 500+d.....	126	carvedilol.....	50	SKIN.....	166
calcium 500+d high potency.....	126	caspofungin acetate.....	40	CERDELGA.....	66
calcium 500+d3.....	126	castellani paint modified.....	162	CEREFOLIN.....	134
calcium 600.....	126	CAYSTON.....	40	CEREZYME.....	66
calcium 600 + d.....	126	c-chewable.....	133	CEROVITE ADVANCED	
calcium 600 high potency.....	126	cefacor.....	44	FORMULA.....	134
calcium 600/vitamin d.....	126	cefacor er.....	44	CEROVITE JR.....	134
calcium 600+d.....	126	cefadroxil.....	44	CEROVITE SENIOR.....	134

<i>certa plus</i>	134	<i>classic prenatal</i>	135	COMFORT ASSIST INSULIN	
CERTA-VITE.....	134	CLEAR EYES NATURAL TEARS.....	90	SYRINGE.....	63
CERTAVITE SENIOR.....	134	CLEARLAX.....	76	<i>companion</i>	135
CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	40	COMPETE.....	135
SENIOR/ANTIOXIDANT.....	134	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	40	COMPLERA.....	39
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	134	<i>clindamycin phosphate</i>	41, 82, 160	<i>complete</i>	135
CETAPHIL MOISTURIZING.....	166	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	41	<i>complete allergy medicine</i>	94
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	166	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	41	<i>complete allergy relief</i>	94
<i>cetirizine hcl</i>	93, 94	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	130	<i>complete multivitamin/mineral</i>	135
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	93	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	130	<i>complete senior</i>	135
<i>cetirizine hcl childrens</i>	93	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	130	COMPRO.....	73
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	93	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	130	<i>constulose</i>	77
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	100	<i>climix/dextrose (6/5)</i>	130	COPIKTRA.....	16
<i>cevimeline hcl</i>	159	<i>climix/dextrose (8/10)</i>	130	<i>coq10</i>	122
<i>charcoal</i>	66	<i>climix/dextrose (8/14)</i>	130	<i>coq-10</i>	122
CHATEAL.....	58	CLINISOL SF.....	130	CORLANOR.....	53
CHEMET.....	57	CLINOLIPID.....	130	CORVITA.....	135
<i>chest congestion relief</i>	100	<i>clobazam</i>	109	CORVITA 150.....	84
<i>chest congestion relief dm</i>	100	<i>clobetasol propionate</i>	164	CORVITE 150.....	84
<i>chewable vite childrens</i>	135	<i>clobetasol propionate e</i>	164	<i>corvite fe</i>	84
<i>childrens acetaminophen</i>	33	<i>clomipramine hcl</i>	113	COTELLIC.....	17
CHILDRENS ADVIL.....	29	<i>clonazepam</i>	109	<i>cough dm</i>	100
<i>childrens animal shapes</i>	135	<i>clonidine</i>	53	<i>cough dm childrens</i>	100
<i>childrens apap</i>	33	<i>clonidine hcl</i>	53	<i>cough/chest congestion dm</i>	100
<i>childrens chew multivitamin</i>	135	<i>clopidogrel bisulfate</i>	87	<i>cream base</i>	55
<i>childrens chewable multi vits</i>	135	<i>clorazepate dipotassium</i>	109	CREON.....	76
<i>childrens chewable vitamins</i>	135	CLORPACTIN.....	166	<i>cromolyn sodium</i>	74, 87, 97
<i>childrens gummies</i>	135	<i>clotrimazole</i>	82, 160, 162	CRYSELLE-28.....	58
<i>childrens ibuprofen</i>	29	<i>clotrimazole 3</i>	82	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>childrens loratadine</i>	94	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	162	MULTIV.....	135
<i>childrens multivitamin</i>	135	<i>clotrimazole athletes foot</i>	162	<i>cupric chloride</i>	130
<i>childrens silapap</i>	33	<i>clotrimazole-athletes foot</i>	162	CVS AIRSHIELD.....	135
<i>chlorhexidine gluconate</i>	159	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	162	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
<i>chlorhist</i>	94	<i>clozapine</i>	115	SUPPORT.....	135
<i>chloroquine phosphate</i>	42	<i>co q 10</i>	122	<i>cvs b complex plus c</i>	135
<i>chlorpheniramine maleate</i>	94	<i>co q10</i>	122	<i>cvs b-1</i>	135
<i>chlorpromazine hcl</i>	115	<i>co q-10</i>	122	<i>cvs b6</i>	135
<i>chlorthalidone</i>	52	COARTEM.....	42	<i>cvs biotin</i>	135
<i>cholestyramine</i>	49	<i>coconut oil beauty</i>	166	<i>cvs calcium carbonate</i>	127
<i>cholestyramine light</i>	49	<i>cod liver oil</i>	135	<i>cvs calcium citrate +d</i>	127
CHROMAGEN.....	84	<i>coditussin ac</i>	100	<i>cvs calcium citrate +d3 mini</i>	127
<i>chromic chloride</i>	130	<i>coditussin dac</i>	100	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	127
<i>ciclopirox olamine</i>	162	<i>coenzyme q10</i>	122	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	127
<i>cilostazol</i>	84	<i>coenzyme q-10</i>	122	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	127
CILOXAN.....	88	<i>co-enzyme q10</i>	122	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	135
CIMDUO.....	39	<i>co-enzyme q-10</i>	122	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	135
<i>cinacalcet hcl</i>	66	COLACE.....	77	<i>cvs childrens complete</i>	135
CIPRO.....	46	COLACE 2-IN-1.....	77	<i>cvs coenzyme q-10</i>	122
<i>ciprofloxacin hcl</i>	46, 88	<i>colchicine</i>	37	<i>cvs cough dm</i>	100
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	46	<i>colchicine-probenecid</i>	37	<i>cvs d3</i>	135
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	92	<i>colesevelam hcl</i>	49	<i>cvs daily gummies</i>	135
<i>cisplatin</i>	15	<i>colestipol hcl</i>	49	<i>cvs daily gummies adult</i>	135
<i>citalopram hydrobromide</i>	113	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	41	<i>cvs daily multiple for men</i>	135
CITRACAL MAXIMUM.....	127	COMBIGAN.....	87	<i>cvs daily multiple for women</i>	135
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	127	COMBIVENT RESPIMAT.....	97	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	135
<i>citrus calcium +d</i>	127	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvs e</i>	135
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	127	DOSE).....	16	<i>cvs electrolyte solution</i>	124
CLARAVIS.....	160	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs eye health & lutein</i>	135
<i>clarithromycin</i>	45	DOSE).....	16	<i>cvs eye health adult 50+</i>	135
<i>clarithromycin er</i>	45	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .	16	<i>cvs folic acid</i>	136
				<i>cvs gauze sterile</i>	63

<i>cvs glucose</i>	56	<i>d 400</i>	137	DERMACINRX FOLTAMIN.....	138
<i>cvs gummy dinos</i>	136	<i>d 5000</i>	137	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	138
<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	136	<i>d-1000 extra strength</i>	137	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	138
<i>cvs iron</i>	84	<i>d2000 ultra strength</i>	137	DERMAFUNGAL.....	162
<i>cvs jock itch</i>	162	<i>d3</i>	137	DESCOVY.....	39
CVS KETONE CARE.....	67	<i>d3 high potency</i>	137	DESENEX.....	162
<i>cvs lice treatment</i>	165	<i>d3 maximum strength</i>	137	<i>desipramine hcl</i>	113
<i>cvs magnesium</i>	127	<i>d3 super strength</i>	137	<i>desmopressin ace spray refig</i>	67
<i>cvs magnesium oxide</i>	127	<i>d3 vitamin</i>	137	<i>desmopressin acetate</i>	67
<i>cvs mens daily gummies</i>	136	<i>d3-1000</i>	137	<i>desmopressin acetate pf</i>	67
<i>cvs moisturizing</i>	166	<i>d-3-5</i>	137	<i>desmopressin acetate spray</i>	67
<i>cvs moisturizing extra dry</i>	166	D3-50.....	137	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	58
<i>cvs one daily essential</i>	136	<i>d-400</i>	137	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	113
<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	136	<i>d-5000</i>	137	<i>dexamethasone</i>	69
<i>cvs one daily mens formula</i>	136	<i>daily multi</i>	137	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	69
<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	136	<i>daily multiple vitamins</i>	137	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	69
<i>cvs one daily womens formula</i>	136	<i>daily multiple vitaminsliron</i>	137	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	69, 89
<i>cvs oyster shell calcium+vit d</i>	127	<i>daily multivitamin</i>	137	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	117
<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	127	<i>daily value multivitamin</i>	137	<i>dextromethorphan hbr</i>	100
<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	125	<i>daily vitamin</i>	137	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	101
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	125	<i>daily vitamin formula</i>	137	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	101
<i>cvs pinworm treatment</i>	41	<i>daily vitamin formula+iron</i>	137	<i>dextrose</i>	130
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	136	<i>daily vitamin formula+minerals</i>	137	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	123
<i>cvs spectravite adults</i>	136	<i>daily vitamins</i>	137	<i>dextrose in lactated ringers</i>	123
<i>cvs spectravite advanced</i>	136	<i>daily vite</i>	137	<i>dextrose-nacl</i>	123
<i>cvs spectravite men</i>	136	<i>daily vite multivitaminliron</i>	137	<i>dextrose-sodium chloride</i>	123
<i>cvs spectravite men 50+</i>	136	<i>daily vites</i>	137	<i>diabetes health formula</i>	138
<i>cvs spectravite senior</i>	136	<i>daily vitesliron</i>	137	DIABETIC TUSSIN DM.....	101
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	136	<i>daily-vite</i>	137	DIABETIDERM.....	166
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	136	<i>daily-vite multivitamin</i>	137	DIABETIDERM FOOT REJUVENATING.....	166
<i>cvs spectravite ultra women</i>	136	<i>daily-viteliron/beta-carotene</i>	137	DIACOMIT.....	109
<i>cvs spectravite women</i>	136	<i>dalfampridine er</i>	107	DIALYVITE.....	138
<i>cvs spectravite women 50+</i>	136	<i>danazol</i>	68	DIALYVITE 3000.....	138
<i>cvs spectravite womens senior</i>	136	<i>dantrolene sodium</i>	108	DIALYVITE 5000.....	138
<i>cvs super b complex/c</i>	136	<i>dapsone</i>	41	DIALYVITE 800.....	138
<i>cvs vision health</i>	136	DAPTACEL.....	27	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	138
<i>cvs vitamin b12</i>	136	<i>daptomycin</i>	41	DIALYVITE 800/ZINC.....	138
<i>cvs vitamin b-12</i>	136	DASETTA 1/35.....	58	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	138
<i>cvs vitamin c</i>	136	DASETTA 7/7/7.....	58	DIALYVITE SUPREME D.....	138
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	136	DAURISMO.....	17	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	138
<i>cvs vitamin d3</i>	136	<i>dayavite</i>	137	DIALYVITE/ZINC.....	138
<i>cvs vitamin e</i>	136	DAYSEE.....	58	<i>diamode</i>	72
<i>cvs womens active daily</i>	136	DAYVIGO.....	118	<i>diazepam</i>	109
<i>cvs womens daily gummies</i>	136	DEBLITANE.....	58	DIAZEPAM INTENSOL.....	109
<i>cvs zinc gluconate</i>	127	DEBROX.....	169	<i>diazoxide</i>	56
<i>cyanocobalamin</i>	136	DECARA.....	137	<i>diclofenac potassium</i>	29
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	108	DECUBI-VITE.....	138	<i>diclofenac sodium</i>	30, 89, 166
<i>cyclophosphamide</i>	15	<i>deferasirox</i>	57	<i>diclofenac sodium er</i>	29
<i>cycloserine</i>	38	<i>deferasirox granules</i>	57	<i>dicloxacillin sodium</i>	47
<i>cyclosporine</i>	26, 27	<i>dekas bariatric</i>	138	<i>dicyclomine hcl</i>	74
<i>cyclosporine modified</i>	27	DEKAS PLUS.....	138	<i>diethylpropion hcl</i>	120
<i>cypheptadine hcl</i>	94	DEKAS PLUS OCEAN.....	138	<i>diethylpropion hcl er</i>	120
CYRED EQ.....	58	DELESTROGEN.....	68	DIFFERIN.....	160
CYSTADROPS.....	90	DELSTRIGO.....	39	DIFICID.....	45
CYSTAGON.....	67	DELSYM.....	100	<i>diflunisal</i>	30
CYSTARAN.....	90	DELSYM COUGH CHILDRENS....	100	<i>difluprednate</i>	89
<i>cytarabine</i>	22	<i>delta d3</i>	138	<i>digoxin</i>	53
<i>d 1000</i>	136	DENG VAXIA.....	27	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	119
<i>d 10000</i>	136	DEPO-TESTOSTERONE.....	57		
<i>d 2000</i>	137	DERMABASE.....	166		

DILANTIN.....	109	D-VI-SOL.....	138	ENTRESTO.....	51
DILANTIN INFATABS.....	109	DYNA-HEX 4.....	166	<i>enulose</i>	77
<i>diltiazem hcl</i>	50	<i>e 1000</i>	138	EPCLUSA.....	43
<i>diltiazem hcl er</i>	50	E.E.S. 400.....	45	EPIDIOLEX.....	109
<i>diltiazem hcl er beads</i>	50	<i>e200</i>	138	<i>epinephrine</i>	97
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	50	<i>e-200</i>	138	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	53
<i>dilt-xr</i>	51	<i>e-400</i>	138	EPITOL.....	109
DINO-LIFE.....	138	<i>ear drops</i>	169	EPIVIR HBV.....	43
<i>diphen</i>	94	<i>ear drops earwax aid</i>	169	<i>eplerenone</i>	48
<i>diphenhist</i>	94	<i>earwax removal</i>	169	EPRONTIA.....	109
<i>diphenhydramine hcl</i>	94	<i>earwax removal kit</i>	169	<i>epsom salt</i>	7
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	94	<i>ec-naproxen</i>	30	<i>eq calcium 500+d</i>	127
<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	166	ECOTRIN.....	33	<i>eq calcium citrate+d</i>	127
<i>diphenoxylate-atropine</i>	74	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	33	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	139
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	27	<i>ed chlorped jr</i>	94	<i>eq complete multivitamin child</i>	139
<i>dipyridamole</i>	87	<i>ed-a-hist dm</i>	101	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	139
<i>disney cars gummies</i>	138	<i>ed-apap</i>	33	<i>eq cough dm</i>	101
<i>disney princess gummies</i>	138	EDURANT.....	37	<i>eq lice killing max st</i>	165
<i>disopyramide phosphate</i>	48	<i>efavirenz</i>	37	<i>eq multivitamin gummies</i>	139
<i>disulfiram</i>	120	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	39	<i>eq one daily mens 50+</i>	139
<i>divalproex sodium</i>	109	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	39	<i>eq one daily mens health</i>	139
<i>divalproex sodium er</i>	109	ELDERTONIC.....	138	<i>eq one daily womens health</i>	139
DML FORTE.....	166	ELFOLATE PLUS.....	138	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	167
<i>docetaxel</i>	23	ELIGARD.....	15	<i>eql all day allergy</i>	94
<i>docu</i>	77	ELINEST.....	58	<i>eql allergy/congestion relief</i>	101
DOCU LIQUID.....	77	ELIQUIS.....	83	<i>eql antacid/anti-gas</i>	71
<i>docusate calcium</i>	77	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	83	<i>eql b complex 50</i>	139
<i>docusate mini</i>	77	ELLECE.....	22	<i>eql b-6</i>	139
<i>docusate sodium</i>	77	ELURYNG.....	58	<i>eql calcium citrate/vitamin d</i>	127
DOCUSOL MINI.....	77	EMCYT.....	15	<i>eql calcium citrate/vitamin d3</i>	127
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA.....	77	EMERGEN-C VITAMIN C.....	138	<i>eql calcium/vitamin d</i>	127
<i>dofetilide</i>	48	EMOLLIA-CREME.....	166	<i>eql century</i>	139
DOK.....	77	<i>emollient base</i>	55	<i>eql century mature</i>	139
<i>donepezil hcl</i>	112	EMOQUETTE.....	58	<i>eql century mature adults 50+</i>	139
DOPTelet.....	84	EMSAM.....	113	<i>eql century mens</i>	139
<i>dorzolamide hcl</i>	87	<i>emtricitabine</i>	37	<i>eql child multivit/minerals</i>	139
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	88	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	39	<i>eql coq10</i>	122
DOTTI.....	68	EMTRIVA.....	37	<i>eql iron supplement therapy</i>	85
DOVATO.....	39	EMVERM.....	41	<i>eql one daily mens 50+ advance</i> ... <td>139</td>	139
<i>doxazosin mesylate</i>	48	<i>enalapril maleate</i>	54	<i>eql one daily mens health</i>	139
<i>doxepin hcl</i>	113, 118	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>eql one daily womens 50+ adv</i>	139
<i>doxorubicin hcl</i>	22	ENBREL.....	24	<i>eql slow release iron</i>	85
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22	ENBREL MINI.....	24	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	139
DOXY 100.....	47	ENBREL SURECLICK.....	24	<i>eql vision formula</i>	139
<i>doxycycline hyclate</i>	47	ENDARI.....	84	<i>eql vitamin b-12</i>	139
<i>doxycycline monohydrate</i>	47, 48	ENDOCET.....	31	<i>eql vitamin b-12 tr</i>	139
DRISDOL.....	138	ENDUR-ACIN.....	138	<i>eql vitamin c</i>	139
DRIZALMA SPRINKLE.....	113	ENDUR-C.....	139	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	139
<i>dronabinol</i>	73	<i>enema</i>	77	<i>eql vitamin d3</i>	139
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	58	<i>enema ready-to-use</i>	77	<i>eql vitamin e</i>	139
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	58	ENEMEEZ MINI.....	77	<i>ergocalciferol</i>	139
DROXIA.....	84	ENEMEEZ PLUS.....	77	<i>ergotamine-caffeine</i>	119
<i>droxidopa</i>	53	ENFAMIL ENFALYTE.....	125	ERIVEDGE.....	17
DRY EYE FORMULA.....	138	ENERGIX-B.....	27, 28	ERLEADA.....	15
<i>dry eye relief drops</i>	90	<i>enoxaparin sodium</i>	83	<i>erlotinib hcl</i>	17
<i>dss</i>	77	ENPRESSE-28.....	58	ERRIN.....	59
<i>duloxetine hcl</i>	113	ENSKYCE.....	58	<i>ertapenem sodium</i>	41
DUPIXENT.....	24	ENSTILAR.....	164	<i>ery</i>	160
<i>dutasteride</i>	83	<i>entacapone</i>	107	ERY-TAB.....	45
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	83	<i>entecavir</i>	43	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	45

ERYTHROCIN STEARATE.....	45	<i>felodipine er</i>	51	FLORIVA PLUS.....	140
<i>erythromycin</i>	46, 88, 160	FEMYNOR.....	59	FLOVENT DISKUS.....	99
<i>erythromycin base</i>	46	<i>fenofibrate</i>	49	FLOVENT HFA.....	99
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46	<i>fenofibrate micronized</i>	49	<i>fluconazole</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	46	<i>fentanyl</i>	31	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	113	<i>fentanyl citrate</i>	31	<i>flucytosine</i>	40
<i>esomeprazole magnesium</i>	76	FERAHEME.....	85	<i>fludrocortisone acetate</i>	69
ESSENTIA.....	139	FERATE.....	85	<i>flunisolide</i>	99
<i>essential balance</i>	139	FERGON.....	85	<i>fluocinolone acetonide</i>	92, 164
ESTARYLLA.....	59	FERIVA 21/7.....	85	<i>fluocinolone acetonide body</i>	164
ESTER-C.....	139	FERIVAF A.....	85	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	164
<i>estradiol</i>	68	<i>ferocon</i>	85	<i>fluocinonide</i>	164
<i>estradiol valerate</i>	68	FEROSUL.....	85	<i>fluocinonide emulsified base</i>	164
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	68	FERRALET 90.....	85	<i>fluorometholone</i>	89
ESTROVEN MENOPAUSE		<i>ferretts</i>	85	<i>fluorouracil</i>	22, 167
SUPPLEMENT.....	139	FERREX 150.....	85	<i>fluoxetine hcl</i>	113
<i>eszopiclone</i>	118	<i>ferric x-150</i>	85	<i>fluphenazine decanoate</i>	115
<i>ethambutol hcl</i>	38	FERRLECIT.....	85	<i>fluphenazine hcl</i>	115
<i>ethosuximide</i>	110	<i>ferrous fumarate</i>	85	<i>flurbiprofen</i>	30
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	59	<i>ferrous gluconate</i>	85	<i>flurbiprofen sodium</i>	89
<i>etodolac</i>	30	<i>ferrous sulfate</i>	85	<i>fluticasone propionate</i>	99, 164
<i>etodolac er</i>	30	<i>fesoterodine fumarate er</i>	81	<i>fluvoxamine maleate</i>	108
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	59	FETZIMA.....	113	<i>folate</i>	140
<i>etoposide</i>	23	FETZIMA TITRATION.....	113	<i>folbee</i>	140
<i>etravirine</i>	37	FEVERALL ADULTS.....	33	<i>folbee plus</i>	140
EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL CHILDRENS.....	34	FOLBIC.....	140
HAND.....	167	FEVERALL INFANTS.....	34	<i>folic acid</i>	140
EUCERIN CALMING DAILY		FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 34		FOLIFLEX.....	140
MOIST.....	167	<i>fexofenadine hcl</i>	94	<i>folika-mg</i>	140
EUCERIN PLUS.....	167	FIASP.....	63	FOLITAB 500.....	85
EUCERIN SKIN CALMING.....	167	FIASP FLEXTOUCH.....	63	<i>folite</i>	140
EULEXIN.....	15	FIASP PENFILL.....	63	FOLITIN-Z.....	140
EUTHYROX.....	56	<i>fiber</i>	77	FOLIVANE-F.....	85
EVAC-U-GEN.....	77	<i>fiber laxative</i>	77	FOLIVANE-PLUS.....	85
<i>everolimus</i>	17, 27	<i>fiber laxative + calcium</i>	77	FOLIXAPURE.....	140
EVOTAZ.....	39	<i>fiber-lax</i>	77	<i>folplex 2.2</i>	140
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>finasteride</i>	83	FOLTABS 800.....	140
NEEDLE.....	63	<i>ingolimod hcl</i>	108	FOLTANX.....	140
<i>exemestane</i>	15	FINTEPLA.....	110	FOLTRATE.....	140
EXKIVITY.....	17	FINZALA.....	59	FOLTREXYL.....	140
<i>eye health + lutein</i>	139	<i>first aid antibiotic</i>	161	<i>fondaparinux sodium</i>	83
<i>eye multivitamin/lutein</i>	139	<i>first aid antiseptic</i>	167	FORTAVIT.....	141
<i>eye multivitamin/sodium</i>	140	FLAC.....	92	FORTEO.....	70
<i>eyeprotect</i>	140	FLAREX.....	89	<i>fosamprenavir calcium</i>	37
EYSUVIS.....	89	FLEBOGAMMA DIF.....	26	FOSFREE.....	141
<i>ezetimibe</i>	49	<i>flecainide acetate</i>	48	<i>fosinopril sodium</i>	54
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	49	FLEET ENEMA.....	77	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	52
<i>fabb</i>	140	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	140	FOTIVDA.....	17
FABRAZYME.....	67	FLINSTONES COMPLETE.....	140	FREAMINE III.....	130
FALMINA.....	59	FLINSTONES GUMMIES.....	140	<i>freedavite</i>	141
<i>famciclovir</i>	43	FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	140	<i>fruit c 500</i>	141
<i>famotidine</i>	70	FLINSTONES GUMMIES.....	140	<i>fruity c</i>	141
<i>famotidine (pf)</i>	70	COMPLETE.....	140	<i>fruity chews</i>	141
<i>famotidine premixed</i>	70	FLINSTONES GUMMIES PLUS.....	140	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	141
FANAPT.....	115	FLINSTONES PLUS CALCIUM.....	140	<i>fulvestrant</i>	15
FANAPT TITRATION PACK.....	115	FLINSTONES SOUR GUMMIES.....	140	FUNGOID TINCTURE.....	162
FARXIGA.....	64	FLINSTONES W/IRON.....	140	<i>furosemide</i>	52
FASENRA.....	98	FLINSTONES/MY FIRST.....	140	FUSION.....	85
FASENRA PEN.....	98			FUSION PLUS.....	85
<i>felbamate</i>	110			FUZEON.....	37

FYAVOLV.....	68	glipizide.....	65	gnp clotrimazole 3.....	82
FYCOMPA.....	110	glipizide er.....	65	gnp co q10.....	122
<i>gabapentin</i>	110	glipizide xl.....	65	gnp cough dm er.....	101
<i>galantamine hydrobromide</i>	112	glipizide-metformin hcl.....	65	gnp cough gels.....	101
<i>galantamine hydrobromide er</i>	112	global alcohol prep ease.....	63	gnp d 1000.....	141
GAMASTAN.....	26	GLUCO BURST.....	56	gnp diabetic support formula.....	141
GAMMAGARD.....	26	<i>glucoten</i>	141	gnp ear drops.....	169
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26	GLUTOSE 5.....	56	gnp earwax removal drops.....	169
GAMMAKED.....	26	<i>glycerin (adult)</i>	77	gnp earwax removal kit.....	169
GAMMAPLEX.....	26	<i>glycerin (infants & children)</i>	78	gnp electrolyte solution.....	125
GAMUNEX-C.....	26	<i>glycerin adult</i>	78	gnp epsom salt.....	78
<i>ganciclovir sodium</i>	43	<i>glycerin childrens</i>	78	gnp essential one daily.....	141
GARDASIL 9.....	28	GLYCOLAX.....	78	gnp fiber-caps.....	78
<i>gas relief</i>	74	<i>glycopyrrolate</i>	74	gnp folic acid.....	141
<i>gas relief drops infants</i>	74	GLYDO.....	161	gnp gas relief.....	74
<i>gas relief extra strength</i>	74	GLYXAMBI.....	65	gnp gas relief extra strength.....	74
<i>gas relief infants</i>	74	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	34	gnp gentle laxative.....	78
<i>gas relief ultra strength</i>	74	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	34	gnp glycerin (adult).....	78
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	74	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	34	gnp glycerin child.....	78
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	74	<i>gnp acetaminophen</i>	34	gnp hair/skin/nails.....	141
<i>gatifloxacin</i>	88	<i>gnp acetaminophen ex st</i>	34	gnp healthy eyes.....	141
GATTEX.....	74	<i>gnp all day allergy</i>	94	gnp healthy eyes supervision.....	141
<i>gavilax</i>	77	<i>gnp all day allergy childrens</i>	94	gnp ibuprofen childrens.....	30
GAVILYTE-C.....	77	<i>gnp all day allergy-d</i>	101	gnp ibuprofen infants.....	30
GAVILYTE-G.....	77	<i>gnp allergy</i>	94	gnp infant gas relief.....	74
GAVRETO.....	17	<i>gnp allergy & congestion</i>	101	gnp infants pain/fever.....	34
<i>gemcitabine hcl</i>	22	<i>gnp allergy childrens</i>	94	gnp iron.....	85
<i>gemfibrozil</i>	49	<i>gnp allergy relief</i>	94	gnp k-pec.....	72
GEMTESA.....	81	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	94	gnp laxative.....	78
<i>genadek step 1</i>	141	<i>gnp allergy relief max st</i>	94	gnp lice treatment.....	165
<i>genadek step 2</i>	141	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	101	gnp lidocaine pain relief.....	167
<i>generlac</i>	77	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	71	gnp little ones childrens.....	141
GENGRAF.....	27	<i>gnp antacid regular strength</i>	71	gnp loratadine.....	94
GENOTROPIN.....	67	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	41	gnp loratadine childrens.....	94
GENOTROPIN MINIQUICK.....	67	<i>gnp anti-diarrheal</i>	72	gnp lubricating plus eye drops.....	90
GENTAK.....	89	<i>gnp anti-gas</i>	74	gnp mega multi for men.....	141
<i>gentamicin in saline</i>	41	<i>gnp anti-itch</i>	167	gnp mega multi for women.....	141
<i>gentamicin sulfate</i>	41, 89, 161	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	167	gnp melatonin.....	122
GENTEAL SEVERE.....	90	<i>gnp arthritis pain relief</i>	34	gnp melatonin maximum strength.....	122
GENTEAL TEARS.....	90	<i>gnp artificial tears</i>	90	gnp miconazole 3.....	82
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	90	<i>gnp aspirin</i>	34	gnp miconazole 7.....	82
GENTEAL TEARS PF.....	90	<i>gnp aspirin low dose</i>	34	gnp miconazorb af.....	162
GENTEAL TEARS SEVERE		<i>gnp athletes foot</i>	162	gnp milk of magnesia.....	78
DAY/NIGHT.....	90	<i>gnp bacitracin zinc</i>	161	gnp mucus er.....	101
<i>gentle laxative</i>	77	<i>gnp biotin</i>	141	gnp mucus relief.....	101
<i>gentlelax</i>	77	<i>gnp calamine</i>	167	gnp nasal decongestant.....	101
GENVOYA.....	39	<i>gnp calcium</i>	127	gnp nasal decongestant pe.....	101
GERBER GROW MIGHTY.....	141	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	127	gnp nasal four spray.....	101
<i>geri-dryl</i>	94	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	127	gnp nasal spray.....	101
<i>geri-kot</i>	77	<i>gnp capsaicin</i>	167	gnp nasal spray extra moist.....	101
<i>geri-lanta</i>	71	<i>gnp century</i>	141	gnp nasal spray fast acting.....	101
<i>geri-lanta maximum strength</i>	71	<i>gnp century adults 50+ senior</i>	141	gnp natural fiber.....	78
<i>geri-mox</i>	71	<i>gnp century cardio health</i>	141	gnp nicotine.....	120
<i>geri-pectate</i>	72	<i>gnp century mature</i>	141	gnp nicotine mini.....	120
<i>gerivite complete</i>	141	<i>gnp century ultimate mens</i>	141	gnp nicotine polacrilex.....	120
GILOTTRIF.....	17	<i>gnp century ultimate womens</i>	141	gnp no drip nasal spray.....	101
<i>glatiramer acetate</i>	108	<i>gnp childrens allergy</i>	94	gnp nose drops extra strength.....	101
GLATOPA.....	108	<i>gnp childrens complete</i>	141	gnp one daily maximum.....	141
GLEOSTINE.....	15	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	30	gnp one daily mens health 50+.....	141
<i>glimepiride</i>	64, 65	GNP CLEARLAX.....	78	gnp one daily mens/lycopene.....	141

<i>gnp one daily plus iron</i>	141	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	78	HEALTHYLAX.....	78
<i>gnp one daily womens</i>	141	GOODSENSE CLEARLAX.....	78	HEATHER.....	59
<i>gnp one daily womens 50+</i>	141	<i>goodsense cough dm</i>	102	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	125
<i>gnp pain & fever childrens</i>	34	<i>goodsense cough dm childrens</i>	102	<i>hematinic/folic acid</i>	85
<i>gnp pain & fever infants</i>	34	<i>goodsense epsom salt</i>	78	HEMATOGEN.....	85
<i>gnp pain relief</i>	34	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	30	HEMATOGEN FA.....	85
<i>gnp pain relief extra strength</i>	34	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	30	HEMATOGEN FORTE.....	85
<i>gnp pain relief nighttime</i>	120	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	90	HEMOCYTE PLUS.....	85
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	125	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	102	HEMOCYTE-F.....	85
<i>gnp petroleum jelly</i>	55	<i>goodsense nicotine</i>	120	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	83
<i>gnp pink bismuth</i>	72	<i>goodsense pain & fever child</i>	34	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	83
<i>gnp prenatal</i>	141	<i>goodsense pain & fever infants</i>	34	<i>heparin sodium (porcine)</i>	83
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	101	<i>goodsense pain relief</i>	34	HEPLISAV-B.....	28
<i>gnp senna lax</i>	78	<i>goodsense pain relief extra st</i>	34	HERCEPTIN.....	17
<i>gnp senna plus</i>	78	<i>goodsense senna laxative</i>	78	HERCEPTIN HYLECTA.....	17
<i>gnp stomach relief</i>	72	<i>goodsense stimulant laxative</i>	78	HERZUMA.....	17
<i>gnp stool softener</i>	78	<i>goodsense stomach relief</i>	72	HIBERIX.....	28
<i>gnp stool softener ex st</i>	78	<i>goodsense tussin cf</i>	102	<i>high pot multivitamin/beta-car</i>	143
<i>gnp stool softener/laxative</i>	78	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	90	<i>high potency multivitlfa</i>	143
<i>gnp suphedrin</i>	101	<i>granisetron hcl</i>	73	<i>high potency multivitamin</i>	143
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	162	<i>grape flavor</i>	55	HISTEX-AC.....	102
<i>gnp therapeutic-m</i>	142	<i>griseofulvin microsize</i>	40	<i>hm acetaminophen childrens</i>	35
<i>gnp tolnaftate</i>	162	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	40	<i>hm adult aspirin</i>	35
<i>gnp triple antibiotic</i>	161	<i>guaiaatusin ac</i>	102	<i>hm advanced antacid max st</i>	71
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	161	<i>guaifenesin</i>	102	<i>hm all day allergy</i>	95
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	101	<i>guaifenesin ac</i>	102	<i>hm all day allergy childrens</i>	95
<i>gnp tussin cough long acting</i>	101	<i>guaifenesin-codeine</i>	102	<i>hm allergy & congestion</i>	102
<i>gnp tussin dm</i>	101	<i>guaifenesin-dm</i>	102	<i>hm allergy complete-d</i>	102
<i>gnp tussin dm cough</i>	101	<i>guanfacine hcl</i>	53	<i>hm allergy relief</i>	95
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	102	<i>guanfacine hcl er</i>	118	<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	95
<i>gnp vitamin a</i>	142	GUMMI BEAR		<i>hm allergy relief childrens</i>	95
<i>gnp vitamin b-1</i>	142	MULTIVITAMIN/MIN.....	142	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	102
<i>gnp vitamin b-12</i>	142	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	56	<i>hm animal shapes</i>	143
<i>gnp vitamin b-6</i>	142	GVOKE KIT.....	56	<i>hm antacid</i>	71
<i>gnp vitamin c</i>	142	GVOKE PFS.....	57	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	71
<i>gnp vitamin c drops</i>	142	H2Q.....	122	<i>hm anti-diarrheal</i>	72
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	142	HAEGARDA.....	84	<i>hm antioxidant vitamins</i>	143
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	142	HAILEY 1.5/30.....	59	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	167
<i>gnp vitamin d</i>	142	HAILEY 24 FE.....	59	<i>hm arthritis pain relief</i>	35
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	142	<i>hair formula extra strength</i>	142	<i>hm aspirin</i>	35
<i>gnp vitamin d super strength</i>	142	<i>hair skin & nails advanced</i>	142	<i>hm aspirin ec</i>	35
<i>gnp vitamin d3</i>	142	<i>hair skin nails</i>	142	<i>hm aspirin ec low dose</i>	35
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	142	<i>hair/skin/nails</i>	142	<i>hm bacitracin zinc</i>	161
<i>gnp vitamin d-400</i>	142	<i>hair/skin/nails/biotin</i>	142	<i>hm biotin</i>	143
<i>gnp vitamin e</i>	142	HALLS DEFENSE VITAMIN C		<i>hm calamine</i>	167
<i>gnp womens gentle laxative</i>	78	DROPS.....	142	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	127
<i>gnp zinc oxide</i>	167	<i>halobetasol propionate</i>	165	<i>hm calcium citrate+vitamin d</i>	128
GOLD BOND ULTIMATE		<i>haloperidol</i>	115	<i>hm calcium-vitamin d</i>	128
HEALING.....	167	<i>haloperidol decanoate</i>	115	<i>hm cetirizine hcl</i>	95
GOLYTELY.....	78	<i>haloperidol lactate</i>	115	HM CLEARLAX.....	78
GONAK.....	90	HARVONI.....	43	<i>hm complete</i>	143
<i>goodsense all day allergy</i>	94	HAVRIX.....	28	<i>hm complete 50+</i>	143
<i>goodsense aller-ease</i>	95	<i>healthy eyes</i>	142	<i>hm complete 50+ mens ultimate</i>	143
<i>goodsense allergy relief</i>	95	<i>healthy eyes supervision 2</i>	142	<i>hm complete 50+ women ultimate</i>	143
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	71	<i>healthy eyes/lutein</i>	142	<i>hm complete men</i>	143
<i>goodsense arthritis pain</i>	34	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	142	<i>hm complete women</i>	143
<i>goodsense artificial tears</i>	90	<i>healthy hair/skin/nails</i>	142	<i>hm coq10</i>	122
<i>goodsense aspirin</i>	34	<i>healthy kids gummies</i>	142	<i>hm cough dm</i>	102
<i>goodsense aspirin adults</i>	34	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		<i>hm dry eye relief</i>	90
<i>goodsense aspirin low dose</i>	34	ACHE.....	34	<i>hm enema</i>	78

<i>hm fexofenadine hcl</i>	95	<i>hm vitamin e</i>	143	<i>imipenem-cilastatin</i>	41
<i>hm folic acid</i>	143	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	143	<i>imipramine hcl</i>	113
<i>hm gas relief</i>	75	HUMIRA.....	24	<i>imiquimod</i>	167
<i>hm gas relief extra strength</i>	74	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>immune support</i>	143
<i>hm gas relief infants drops</i>	75	START.....	24	IMMUNERX.....	144
<i>hm gentle laxative</i>	78	HUMIRA PEN.....	24	IMOVAX RABIES.....	28
<i>hm hair/skin/nails</i>	143	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INCASSIA.....	59
<i>hm ibuprofen childrens</i>	30	STARTER.....	24	INCRELEX.....	67
<i>hm ibuprofen infants</i>	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRUSE ELLIPTA.....	93
<i>hm laxative</i>	79	START.....	24	<i>indapamide</i>	53
<i>hm lice killing max st</i>	165	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX.....	28
<i>hm lice treatment</i>	165	START.....	24	INFANTS ADVIL.....	30
<i>hm lidocaine patch</i>	167	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		<i>infants gas relief</i>	75
<i>hm loratadine</i>	95	STARTER.....	24	<i>infants ibuprofen</i>	30
<i>hm loratadine childrens</i>	95	HUMULIN R U-500		<i>infants simethicone</i>	75
<i>hm lubricating plus</i>	90	(CONCENTRATED).....	63	INFED.....	86
<i>hm lubricating tears</i>	90	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	<i>infliximab</i>	24
<i>hm mens 50+ advanced one daily</i>	143	HYCODAN.....	102	INFUVITE ADULT.....	144
<i>hm milk of magnesia</i>	79	<i>hydralazine hcl</i>	53	INFUVITE PEDIATRIC.....	144
<i>hm mucus relief</i>	102	HYDRALYTE.....	125	INGREZZA.....	118
<i>hm mucus relief max st</i>	102	HYDRASYN25.....	167	INJECTAFER.....	86
<i>hm nasal decongestant</i>	102	<i>hydrochlorothiazide</i>	52, 53	INLYTA.....	18
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	102	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	103	INQOVI.....	22
<i>hm nasal decongestant pe</i>	102	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	31	INREBIC.....	18
<i>hm nasal spray</i>	102	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	103	INTEGRA.....	86
<i>hm niacin</i>	143	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	32	INTEGRA F.....	86
<i>hm niacin tr</i>	143	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	32	INTEGRA PLUS.....	86
<i>hm nicotine</i>	120	<i>hydrocortisone</i>	69, 76, 165	INTELENCE.....	37
<i>hm nicotine polacrilex</i>	120	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	167	INTRALIPID.....	130
<i>hm nose drops</i>	102	<i>hydromet</i>	103	INTRON A.....	26
<i>hm one daily mens</i>	143	<i>hydromorphone hcl</i>	32	INTROVALE.....	59
<i>hm one daily womens</i>	143	<i>hydrous emulsified base</i>	55	INVEGA HAFYERA.....	115
<i>hm pain & fever childrens</i>	35	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	143	INVEGA SUSTENNA.....	115, 116
<i>hm pain & fever infants</i>	35	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	25	INVEGA TRINZA.....	116
<i>hm pain relief</i>	35	<i>hydroxyurea</i>	22	IPOL.....	28
<i>hm pain relief extra strength</i>	35	<i>hydroxyzine hcl</i>	95	<i>ipratropium bromide</i>	93
<i>hm pain relieve child dye-free</i>	35	<i>hydroxyzine pamoate</i>	95	<i>ipratropium-albuterol</i>	97
<i>hm pain reliever</i>	35	<i>hylazinc</i>	143	<i>irbesartan</i>	48
<i>hm pain reliever childrens</i>	35	HYSINGLA ER.....	31	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>hm pain reliever infants</i>	35	<i>ibandronate sodium</i>	70	IRESSA.....	18
<i>hm pediatric electrolyte</i>	125	IBRANCE.....	17	<i>irinotecan hcl</i>	23
<i>hm petroleum jelly</i>	55	IBU.....	30	<i>iron</i>	86
<i>hm povidone-iodine</i>	167	<i>ibuprofen</i>	30	<i>iron 27</i>	86
<i>hm senna</i>	79	<i>ibuprofen childrens</i>	30	<i>iron chews pediatric</i>	86
<i>hm sinus nasal spray</i>	102	<i>ibuprofen infants</i>	30	<i>iron high-potency</i>	86
<i>hm stomach relief</i>	73	<i>ibuprofen junior strength</i>	30	<i>iron supplement</i>	86
<i>hm stool softener</i>	79	ICAPS.....	143	IS-D 10,000.....	144
<i>hm stool softener/laxative</i>	79	ICAPS AREDS FORMULA.....	143	ISENTRESS.....	37
<i>hm super vitamin b complex/c</i>	143	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	143	ISENTRESS HD.....	37
<i>hm triple antibiotic</i>	161	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	143	ISIBLOOM.....	59
<i>hm triple antibiotic max st</i>	161	ICAPS MV.....	143	ISOLYTE-P IN D5W.....	123
<i>hm tussin adult</i>	102	ICAR.....	86	ISOLYTE-S.....	123
<i>hm tussin adult dm</i>	102	<i>icatibant acetate</i>	84	ISOLYTE-S PH 7.4.....	123
<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	102	ICLEVIA.....	59	<i>isoniazid</i>	38
<i>hm vitamin b-12</i>	143	ICLUSIG.....	17	ISOPTO ATROPINE.....	90
<i>hm vitamin b6</i>	143	IDHIFA.....	17	ISOPTO TEARS.....	90
<i>hm vitamin c</i>	143	IFEREX 150.....	86	<i>isosorbide dinitrate</i>	54
<i>hm vitamin c/rose hips</i>	143	ILEVRO.....	89	<i>isosorbide mononitrate</i>	54
<i>hm vitamin d</i>	143	<i>imatinib mesylate</i>	17	<i>isosorbide mononitrate er</i>	54
<i>hm vitamin d3</i>	143	IMBRUVICA.....	17, 18	<i>isotretinoin</i>	160

<i>isradipine</i>	51	KLOR-CON M10.....	124	<i>laxacin</i>	79
<i>itch relief extra strength</i>	167	KLOR-CON M15.....	124	<i>laxative</i>	79
<i>itraconazole</i>	40	KLOR-CON M20.....	124	<i>laxative max str</i>	79
<i>ivermectin</i>	41	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	103	LAYOLIS FE.....	59
<i>i-vite</i>	144	KLS ALLER-TEC D.....	103	<i>leader finger cream</i>	167
<i>i-vite protect</i>	144	<i>kobee</i>	144	LEENA.....	59
IXIARO.....	28	<i>konsyl daily fiber</i>	79	<i>leflunomide</i>	25
JAKAFI.....	18	KORLYM.....	67	<i>lenalidomide</i>	23
JANTOVEN.....	83	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	144	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET.....	65	<i>kp adults daily formula</i>	144	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET XR.....	65	<i>kp b complex-c</i>	144	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA.....	65	<i>kp bisacodyl</i>	79	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE.....	65	<i>kp calcium 600+d</i>	128	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL.....	59	<i>kp calcium citrate+d</i>	128	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JAVYGTOR.....	67	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	128	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	19
JAYPIRCA.....	18	<i>kp ferrous gluconate</i>	86	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	19
JENTADUETO.....	65	<i>kp ferrous sulfate</i>	86	LESSINA.....	60
JENTADUETO XR.....	65	<i>kp folic acid</i>	144	<i>letrozole</i>	15
JINTELI.....	68	<i>kp melatonin</i>	122	<i>leucovorin calcium</i>	22
JOLESSA.....	59	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	144	LEUKERAN.....	15
JULEBER.....	59	<i>kp mens daily formula</i>	144	<i>leuprolide acetate</i>	15
JULUCA.....	39	<i>kp niacin</i>	144	<i>levalbuterol hcl</i>	96
JUNEL 1.5/30.....	59	<i>kp prenatal multivitamins</i>	144	<i>levalbuterol tartrate</i>	96
JUNEL 1/20.....	59	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	103	LEVEMIR.....	63
JUNEL FE 1.5/30.....	59	<i>kp senna</i>	79	LEVEMIR FLEXPEN.....	63
JUNEL FE 1/20.....	59	KP VISION FORMULA.....	144	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	63
JUNEL FE 24.....	59	KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	144	<i>levetiracetam</i>	110
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	144	<i>kp vitamin b-12</i>	144	<i>levetiracetam er</i>	110
JUST D.....	144	<i>kp vitamin b-6</i>	144	<i>levetiracetam in nacl</i>	110
KADCYLA.....	18	<i>kp vitamin d</i>	144	<i>levobunolol hcl</i>	88
KAITLIB FE.....	59	<i>kp vitamin d3</i>	144	<i>levocarnitine</i>	67
KALYDECO.....	98	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	144	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	95
KANJINTI.....	18	<i>kp womens daily formula</i>	144	<i>levofloxacin</i>	46
KARIVA.....	59	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		<i>levofloxacin in d5w</i>	46
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	123	ST.....	144	LEVONEST.....	60
KELNOR 1/35.....	59	KRAZATI.....	18	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	60
KELNOR 1/50.....	59	KURVELO.....	59	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	60
KERADAN.....	167	KYNMOBI.....	107	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	60
KERENDIA.....	48	<i>labetalol hcl</i>	50	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	60
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	167	<i>lacosamide</i>	110	LEVORA 0.15/30 (28).....	60
KESIMPTA.....	108	<i>lactated ringers</i>	123	LEVO-T.....	56
<i>ketoconazole</i>	40, 162, 164	LACTINOL HX.....	167	<i>levothyroxine sodium</i>	56
KETO-DIASTIX.....	67	<i>lactulose</i>	79	LEVOXYL.....	56
<i>ketorolac tromethamine</i>	89	<i>lactulose encephalopathy</i>	79	LEXIVA.....	37
KEVZARA.....	25	LAMISIL AT.....	163	<i>lice killing</i>	165
KEYTRUDA.....	18	<i>lamivudine</i>	37, 43	<i>lice killing maximum strength</i>	165
KINDERLYTE.....	125	<i>lamivudine-zidovudine</i>	39	<i>lice treatment creme rinse</i>	165
KINDERLYTE PREMAX.....	125	<i>lamotrigine</i>	110	<i>lidocaine</i>	161
KINRIX.....	28	<i>lamotrigine er</i>	110	<i>lidocaine hcl</i>	37, 161
KISQALI (200 MG DOSE).....	18	<i>lansoprazole</i>	76	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37
KISQALI (400 MG DOSE).....	18	LANTUS.....	63	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	161
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	LANTUS SOLOSTAR.....	63	<i>lidocaine pain relief</i>	167
KISQALI FEMARA (200 MG		<i>lapatinib ditosylate</i>	18	<i>lidocaine pain relieving</i>	167
DOSE).....	23	LARIN 1.5/30.....	59	<i>lidocaine viscous hcl</i>	160
KISQALI FEMARA (400 MG		LARIN 1/20.....	59	<i>lidocaine-prilocaine</i>	161
DOSE).....	23	LARIN 24 FE.....	59	LILLOW.....	60
KISQALI FEMARA (600 MG		LARIN FE 1.5/30.....	59	<i>linezolid</i>	41
DOSE).....	23	LARIN FE 1/20.....	59	<i>linezolid in sodium chloride</i>	41
KLOR-CON.....	124	<i>latanoprost</i>	88	LINZESS.....	75
KLOR-CON 10.....	124	LATUDA.....	116	<i>liothyronine sodium</i>	56

<i>liquid acetaminophen</i>	35	MACULAR HEALTH FORMULA.....	144	MENVEO.....	28
<i>liquid allergy relief</i>	95	MACUVITE.....	144	MEPHYTON.....	145
<i>liquid pain relief</i>	35	MACUVITE EYE CARE.....	144	<i>mercaptapurine</i>	22
<i>lisinopril</i>	54	MACUVITE/LUTEIN.....	144	MERIBIN.....	145
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	52	MAG64.....	128	<i>meropenem</i>	41
<i>lithium carbonate</i>	118	<i>mag-al plus</i>	71	<i>mesalamine</i>	76
<i>lithium carbonate er</i>	118	<i>mag-al plus xs</i>	71	<i>mesalamine er</i>	76
<i>l-methylfolate calcium</i>	144	MAGDELAY.....	128	<i>mesalamine-cleanser</i>	76
<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	144	<i>magdelay</i>	128	MESNEX.....	22
<i>l-methyl-mc</i>	144	<i>mag-g</i>	128	METADATE ER.....	118
<i>l-methyl-mc nac</i>	144	MAGNEBIND 300.....	128	METAFOLBIC.....	145
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	60	MAGNEBIND 400.....	128	METAFOLBIC PLUS.....	145
LOESTRIN 1/20 (21).....	60	<i>magnesium gluconate</i>	128	<i>metformin hcl</i>	65
LOESTRIN FE 1.5/30.....	60	<i>magnesium oxide</i>	71, 128	<i>metformin hcl er</i>	65
LOESTRIN FE 1/20.....	60	<i>magnesium sulfate</i>	123	<i>methadone hcl</i>	31
<i>lohist-dm</i>	103	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	123	METHADONE HCL INTENSOL.....	31
LOKELMA.....	57	MAGNESIUM-OXIDE.....	128	<i>methazolamide</i>	53
LOMAIRA.....	120	MAGOX 400.....	128	<i>methenamine hippurate</i>	41
LONSURF.....	22	<i>malathion</i>	165	<i>methimazole</i>	56
<i>loperamide hcl</i>	73, 75	<i>manganese chloride</i>	128	<i>methocarbamol</i>	108
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	<i>mapap</i>	35	<i>methotrexate sodium</i>	22, 25
<i>loradamed</i>	95	<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loratadine</i>	95	MAPAP CHILDRENS.....	35	<i>methylphenidate hcl</i>	118
<i>loratadine childrens</i>	95	<i>maraviroc</i>	37	<i>methylphenidate hcl er</i>	118
<i>loratadine-d 12hr</i>	103	MAR-COF CG EXPECTORANT	103	<i>methylprednisolone</i>	69
<i>loratadine-d 24hr</i>	103	<i>marlissa</i>	60	<i>methylprednisolone acetate</i>	69
<i>lorazepam</i>	108	MARPLAN.....	113	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	69
LORAZEPAM INTENSOL.....	108	MATULANE.....	23	<i>metoclopramide hcl</i>	73
LORBRENA.....	19	MAVYRET.....	43	<i>metolazone</i>	53
LORYNA.....	60	MAXIMUM D3.....	144	<i>metoprolol succinate er</i>	50
<i>losartan potassium</i>	48	<i>maximum daily green</i>	145	<i>metoprolol tartrate</i>	50
<i>losartan potassium-hctz</i>	52	<i>maxi-tuss ac</i>	103	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
LOTEMAX.....	89	<i>maxi-tuss cd</i>	103	<i>metronidazole</i>	41, 82, 167
<i>lovastatin</i>	49	<i>maxi-tuss g</i>	103	<i>metyrosine</i>	53
LOW-OGESTREL.....	60	<i>maxi-tuss gmx</i>	103	<i>mgo</i>	128
<i>loxapine succinate</i>	116	<i>m-clear wc</i>	103	<i>micafungin sodium</i>	40
<i>lubricant eye drops</i>	91	<i>m-dryl</i>	95	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	82
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	90	<i>meclizine hcl</i>	73	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	82
<i>lubricant eye drops pf</i>	91	<i>medi-first triple antibiotic</i>	161	<i>miconazole 7</i>	82
<i>lubricating eye drops</i>	91	MEDPURA ZINC OXIDE.....	167	<i>miconazole antifungal</i>	163
<i>lubricating plus eye drops</i>	91	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 60, 69		<i>miconazole nitrate</i>	82, 163
<i>lubricating tears eye drops</i>	91	<i>mefloquine hcl</i>	43	MICOTRIN AC.....	163
LUMAKRAS.....	19	MEGA MULTI MEN.....	145	MICOTRIN AP.....	163
LUMIGAN.....	88	<i>mega vm-80</i>	145	<i>microderm base</i>	55
LUMIZYME.....	67	<i>megavite fruits & veggies</i>	145	MICROGESTIN 1.5/30.....	60
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15	<i>megavite golden years 55+</i>	145	MICROGESTIN 1/20.....	60
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16	<i>megestrol acetate</i>	16, 69	MICROGESTIN 24 FE.....	60
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	67	MEKINIST.....	19	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	60
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	67	MEKTOVI.....	19	MICROGESTIN FE 1/20.....	60
<i>lurasidone hcl</i>	116	<i>melatonin</i>	55, 122	MICROSOME BASE.....	55
LUTERA.....	60	<i>melatonin maximum strength</i>	122	<i>midodrine hcl</i>	53
LYLEQ.....	60	<i>meloxicam</i>	30	<i>miglustat</i>	67
LYLLANA.....	68	<i>memantine hcl</i>	112	MILI.....	60
LYNPARZA.....	19	<i>memantine hcl er</i>	112	<i>milk of magnesia</i>	79
LYSIPLEX PLUS.....	144	MENACTRA.....	28	MILLTRIUUM SENIOR.....	145
LYSODREN.....	16	MENQUADFI.....	28	MIMVEY.....	68
<i>lytgobi (12 mg daily dose)</i>	19	<i>mens 50+ advanced</i>	145	<i>minocycline hcl</i>	48
<i>lytgobi (16 mg daily dose)</i>	19	<i>mens daily formula/lycopene</i>	145	<i>minoxidil</i>	53
<i>lytgobi (20 mg daily dose)</i>	19	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	145	MINTOX.....	72
LYZA.....	60	<i>mens multivitamin</i>	145	<i>mintox maximum strength</i>	71

MINTOX PLUS	72	MULTIGEN PLUS	86	mynephrocaps	147
MIRALAX	79	multilex	145	MYNEPHRON	147
mirtazapine	114	multilex-t	145	MYORISAN	160
misoprostol	75	multiple vit/minerals/no iron	145	MYRBETRIQ	81
MITIGARE	37	multiple vitamin	145	my-vitalife	147
M-M-R II	28	multiple vitamins	145	na ferric gluc cplx in sucrose	86
m-natal plus	124	multiple vitamins/iron	145	na sulfate-k sulfate-mg sulf	79
moexipril hcl	54	multi-pro	146	nabumetone	30
moisturizing cream	167	multi-vit/iron/fluoride	146	nadolol	50
molindone hcl	116	multivitamin	146	nafcillin sodium	47
mometasone furoate	165	multi-vitamin	146	NAGLAZYME	67
MONISTAT 3 COMBINATION		multivitamin & mineral	146	nalbuphine hcl	32
PACK	82	multivitamin adult	146	naloxone hcl	120
MONISTAT 3 COMBO PACK APP ..	82	multivitamin adult (minerals)	146	naltrexone hcl	120
MONISTAT 7 SIMPLY CURE	82	multivitamin adult extra c	146	NAMZARIC	112
MONJUVI	19	multivitamin adults	146	NAPHCN-A	87
MONOFERRIC	86	multivitamin adults 50+	146	naproxen	30
MONO-LINYAH	60	multivitamin childrens (w/ fa)	146	naproxen sodium	30
montelukast sodium	99	multi-vitamin daily	146	naratriptan hcl	119
morphine sulfate	32	multi-vitamin gummies	146	nasal decongestant	104
morphine sulfate (concentrate)	32	multivitamin gummies adult	146	nasal decongestant max st	104
morphine sulfate (pf)	32	multivitamin gummies mens	146	nasal decongestant pe	104
morphine sulfate er	31	multivitamin gummies womens	146	nasal decongestant pe max st	104
MOVANTIK	75	multivitamin men	146	nasal decongestant spray	104
moxifloxacin hcl	46, 89	multivitamin men 50+	146	nasal four	104
m-pap	35	multi-vitamin monocaps	146	nasal relief	104
MTX SUPPORT	145	multivitamin women	146	nasal spray 12 hour	104
MUCINEX	103	multivitamin women 50+	146	nasal spray extra moisturizing	104
MUCINEX CHILDRENS STUFFY		multivitamin womens 50+ adv	146	nasal spray no drip	104
NOSE	103	multivitamin/extra vitamin d3	146	NASCOBAL	147
MUCINEX DM	103	multivitamin/fluoride	146	NATACYN	89
MUCINEX FAST-MAX CHEST		multi-vitamin/iron	146	nateglinide	65
CONG MS	103	multi-vitamin/minerals	146	NATPARA	70
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	103	multivitamin/zinc stress	146	natural c/rose hips	147
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		multivitamin-minerals	146	natural fiber laxative	79
COOL	103	multi-vitamins	146	natural senna laxative	79
MUCINEX SINUS-MAX		multivitamins plus iron child	146	natural vitamin d-3	147
SINUS/ALLRGY	103	multivitamins/minerals adult	146	NAYZILAM	110
mucus & chest congestion	103	multi-vite	146	nebivolol hcl	50
mucus relief	104	multivit-min gummies childrens	146	NECON 0.5/35 (28)	60
mucus relief dm	103	mupirocin	161	nefazodone hcl	114
mucus relief er	103	MURINE EAR	169	neomycin sulfate	41
mucus relief max st	104	MURO 128	91	neomycin-bacitracin zn-polymyx	89
MULTAQ	48	MVASI	19	neomycin-polymyxin-dexameth	88
multi + omega-3 adult gummies	145	MVW COMPLETE FORMULATION	147	neomycin-polymyxin-gramicidin	89
multi adult gummies	145		147	neomycin-polymyxin-hc	88, 92
multi complete/iron	145	MVW COMPLETE FORMULATION		NEO-POLYCIN	89
multi for her	145	D3000	147	NEO-POLYCIN HC	88
multi for her 50+	145	MVW COMPLETE FORMULATION		neovite	147
MULTI FOR HIM	145	D5000	147	NEPHPLEX RX	147
multi for him 50+	145	MVW COMPLETE FORMULATION		NEPHRON FA	86
multi vitamin	145	MINIS	147	NEPHRO-VITE	147
multi vitamin daily	145	myamulti	147	NEPHRO-VITE RX	147
multi vitamin w/d-3	145	mycophenolate mofetil	27	NERLYNX	19
multi vitamin/minerals	145	mycophenolate sodium	27	neti pot sinus wash	98
MULTI-BETIC DIABETES	145	MYCOZYL AC	163	NEUPRO	107
multi-day	145	MYCOZYL AP	163	NEUTROGENA HAND	167
multi-day plus iron	145	myferon 150	86	nevirapine	38
multi-day plus minerals	145	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ..	72	nevirapine er	38
MULTIGEN	86	MYLICON INFANTS GAS RELIEF ..	75	NEXAVAR	19

<i>niacin</i>	147	NORTREL 1/35 (28).....	61	<i>olmesartan medoxomil</i>	48
<i>niacin er</i>	147	NORTREL 7/7/7.....	61	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	52
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	49	<i>nortriptyline hcl</i>	114	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	52
<i>niacinamide</i>	147	NORVIR.....	38	<i>olopatadine hcl</i>	87
<i>nicardipine hcl</i>	51	<i>norwegian cod liver oil</i>	147	<i>omeprazole</i>	76
NICODERM CQ.....	120	NOVAFERRUM.....	86	<i>omnicap</i>	148
NICOMIDE.....	147	NOVAFERRUM 50.....	86	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	64
NICORETTE.....	121	NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	147	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5).....	64
NICORETTE MINI.....	121	NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	86	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	64
NICORETTE STARTER KIT.....	121	NOVOLIN 70/30.....	63	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	64
<i>nicotinamide</i>	147	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	63	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	64
<i>nicotine</i>	121	NOVOLIN N.....	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	64
<i>nicotine mini</i>	121	NOVOLIN N FLEXPEN.....	63	<i>once daily</i>	148
<i>nicotine polacrilex</i>	121	NOVOLIN R.....	63	<i>once daily/iron</i>	148
<i>nicotine polacrilex mini</i>	121	NOVOLIN R FLEXPEN.....	63	ONCOVITE.....	148
<i>nicotine step 1</i>	121	NOVOLIN R FLEXPEN.....	63	<i>ondansetron</i>	73
<i>nicotine step 2</i>	121	NOVOLOG.....	64	<i>ondansetron hcl</i>	73
<i>nicotine step 3</i>	121	NOVOLOG FLEXPEN.....	63	ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	148
NICOTROL.....	121	NOVOLOG MIX 70/30.....	64	<i>one daily adults 50+</i>	148
NICOTROL NS.....	121	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	64	<i>one daily calcium/iron</i>	148
<i>nifedipine er</i>	51	NOVOLOG PENFILL.....	64	<i>one daily complete</i>	148
<i>nifedipine er osmotic release</i>	51	NOXAFIL.....	40	ONE DAILY ESSENTIAL.....	148
NIFEREX.....	86	NUBEQA.....	16	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	148
NIKKI.....	61	NUDEXTA.....	118	<i>one daily for men/lycopen</i>	148
<i>nilutamide</i>	16	NUFERA.....	86	<i>one daily for women</i>	148
<i>nimodipine</i>	51	NU-IRON.....	86	<i>one daily for women 50+ adv</i>	148
NINJACOF-XG.....	104	NULOJIX.....	27	<i>one daily healthy weight adv</i>	148
NINLARO.....	19	NU-MAG.....	128	<i>one daily maximum</i>	148
<i>nitazoxanide</i>	41	NUPLAZID.....	116	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	148
<i>nitisinone</i>	67	NURTEC.....	119	<i>one daily mens health</i>	148
NITRO-BID.....	54	NUTRADERM.....	168	<i>one daily multivitamin adult</i>	148
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	41	NUTRILIPID.....	130	<i>one daily multivitamin/iron</i>	148
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	41	NUZYRA.....	48	<i>one daily womens 50 plus</i>	148
<i>nitroglycerin</i>	54	NYAMYC.....	163	<i>one daily womens 50+</i>	148
NIVA-FOL.....	147	NYLIA 1/35.....	61	<i>one daily/minerals</i>	148
NIVEA.....	168	NYLIA 7/7/7.....	61	ONE-A-DAY ENERGY.....	148
NIVEA SOFT.....	168	NYMALIZE.....	51	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	148
NIX CREME RINSE.....	165	NYMYO.....	61	ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES.....	148
<i>nizatidine</i>	70	<i>nystatin</i>	40, 160, 163	ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES.....	148
<i>no drip nasal spray</i>	104	NYSTOP.....	163	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER.....	148
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	147	OCELLA.....	61	ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA.....	148
<i>nohist-dm</i>	104	OCTAGAM.....	26	ONE-A-DAY MENS.....	149
<i>non-aspirin</i>	35	<i>octreotide acetate</i>	67	ONE-A-DAY MENS (MINERALS).....	149
<i>non-aspirin extra strength</i>	35	<i>ocular vitamins</i>	147	ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE.....	149
NORA-BE.....	61	<i>ocutabs</i>	147	ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA.....	149
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	61	<i>ocutabs-lutein</i>	147	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES.....	149
<i>norethindrone</i>	61	OCUVITE ADULT 50+.....	147	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	149
<i>norethindrone acetate</i>	70	OCUVITE ADULT FORMULA.....	148	ONE-A-DAY SCOOPY-DOO GUMMIES.....	149
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	61	OCUVITE EXTRA.....	148	ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER.....	149
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	69	OCUVITE EYE + MULTI.....	148	ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM.....	149
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	61	OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES.....	148	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	149
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	61	OCUVITE-LUTEIN.....	148		
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	61	ODEFSEY.....	39		
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	61	ODOMZO.....	19		
NORLYROC.....	61	OFEV.....	98		
NORPACE CR.....	48	<i>ofloxacin</i>	89, 92		
NORTEMP.....	35	OGIVRI.....	19		
<i>nortemp infants</i>	35	<i>olanzapine</i>	116		
NORTREL 0.5/35 (28).....	61				
NORTREL 1/35 (21).....	61				

ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	oxycodone-acetaminophen.....	32	PEMAZYRE.....	19
..... 149	OXYCONTIN.....	31	pemetrexed disodium.....	22
ONE-A-DAY VITACRAVES	OYSCO 500.....	128	penicillamine.....	57
IMMUNITY..... 149	OYSCO 500+D.....	128	penicillin g pot in dextrose.....	47
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR 149	oyster calcium.....	128	penicillin g potassium.....	47
ONE-A-DAY	oyster shell calcium.....	129	penicillin g procaine.....	47
VITACRAVES+OMEGA-3..... 149	oyster shell calcium + d.....	128	penicillin g sodium.....	47
ONE-A-DAY WEIGHT SMART	oyster shell calcium + d3.....	128	penicillin v potassium.....	47
ADVANCE..... 149	oyster shell calcium 250+d.....	128	PEN-KERA.....	168
ONE-A-DAY WOMENS..... 149	oyster shell calcium 500 + d.....	128	PENTACEL.....	28
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS.. 149	oyster shell calcium 500+d.....	128	pentamidine isethionate.....	42
ONE-A-DAY WOMENS 50+	oyster shell calcium plus d.....	129	pentoxifylline er.....	84
ADVANTAGE..... 149	oyster shell calcium w/d.....	129	PENTRAVAN.....	168
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY	oyster shell calcium/d.....	129	PENTRAVAN PLUS.....	168
SKIN..... 149	oyster shell calcium/d3.....	129	PERIDIN-C.....	150
ONE-A-DAY WOMENS MIND &	oyster shell calcium/vit d3.....	129	perindopril erbumine.....	54
BODY..... 149	oyster shell calcium/vitamin d.....	129	PERIOGARD.....	160
ONE-A-DAY WOMENS PETITES. 149	OYSTERCAL.....	129	PERIOMED.....	160
ONE-A-DAY WOMENS	OYSTERCAL-D.....	129	permethrin.....	165
VITACRAVES..... 149	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		perphenazine.....	116
one-daily multi caps..... 149	MG/DOSE).....	65	PERSERIS.....	116
one-daily multi vitamins..... 149	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	65	petrolatum.....	55
one-daily multi-vit/mineral..... 149	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	65	PFCB.....	55
one-daily multi-vitamin..... 149	PACERONE.....	48	PFIZERPEN.....	47
one-daily multi-vitaminliron..... 149	paclitaxel.....	23	pharbechlor.....	95
one-daily/liron..... 150	paclitaxel protein-bound part.....	23	pharbedryl.....	95
ONELAX..... 79	pain & fever childrens.....	35	PHARBETOL.....	35
ONTRUZANT..... 19	pain & fever infants.....	35	PHARBETOL EXTRA STRENGTH. 35	
ONUREG..... 22	pain relief extra strength.....	35	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	55
OPCON-A..... 87	pain relief regular strength.....	35	PHARMABASE COSMETIC.....	55
OPSUMIT..... 54	paliperidone er.....	116	PHARMABASE COSMETIC	
optic-vites..... 150	pamidronate disodium.....	70	NATURAL.....	55
OPTIFAST POST BARIATRIC..... 150	pan-c 500/bioflavonoids.....	150	PHARMABASE LIGHT.....	55
OPTIMAL D3..... 150	PANRETIN.....	168	PHARMABASE VAGINAL.....	55
optimum pms..... 150	pantoprazole sodium.....	76	pharmacist choice d-vitamin.....	150
OPTISOURCE POST BARIATRIC	PANZYGA.....	26	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 75	
SURG..... 150	PARAPLATIN.....	15	phendimetrazine tartrate.....	121
OPTIVITE P.M.T..... 150	paricalcitol.....	57	phendimetrazine tartrate er.....	121
OPURITY BYPASS OPTIMIZED.. 150	paromomycin sulfate.....	41	phenelzine sulfate.....	114
oral electrolytes..... 125	paroxetine hcl.....	114	phenobarbital.....	110
oral suspend..... 55	parvlex.....	150	phenobarbital sodium.....	110
ORALYTE..... 125	pc pediatric poly-vitalfe drop.....	150	phentermine hcl.....	121
ORALYTE FREEZER POPS..... 125	PCCA BASE 7542.....	55	phenylephrine hcl.....	104
ORA-PLUS..... 55	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE. 55		PHENYTEK.....	110
ORASEP..... 160	ped electrolyte freeze pops.....	125	phenytoin.....	111
ORGOVYX..... 16	ped electrolyte freezer pops.....	125	phenytoin sodium.....	111
ORKAMBI..... 98	PEDIA VANCE.....	125	phenytoin sodium extended.....	111
ORSERDU..... 16	PEDIA-LAX.....	79	PHESGO.....	19
OS-CAL..... 128	PEDIALYTE.....	125	PHILITH.....	61
OS-CAL CALCIUM + D3..... 128	PEDIALYTE ADVANCED CARE.. 125		PHYTOBASE.....	55
OS-CAL EXTRA D3..... 128	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	125	PHYTOMULTI.....	150
oseltamivir phosphate..... 43	PEDIALYTE SINGLES.....	125	phytonadione.....	150
OTEZLA..... 25	PEDIARIX.....	28	PICODERM.....	55
oxacillin sodium..... 47	pediatric electrolyte.....	125	PIFELTRO.....	38
oxaliplatin..... 15	pediatric electrolyte-zinc.....	125	pilocarpine hcl.....	88, 160
oxandrolone..... 57	PEDVAX HIB.....	28	pimozide.....	116
oxcarbazepine..... 110	peg 3350.....	79	PIMTREA.....	61
oxybutynin chloride..... 81	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	79	pin-away.....	42
oxybutynin chloride er..... 81	peg-3350/electrolytes.....	79	pindolol.....	50
oxycodone hcl..... 32	PEGASYS.....	43	pinworm medicine.....	42

<i>pioglitazone hcl</i>	66	PRESERVISION/LUTEIN.....	150	PURIXAN.....	22
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	47	PRETTY FEET/HANDS.....	168	<i>px advanced formula multivits</i>	151
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	PREVALITE.....	50	<i>px allergy</i>	95
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	<i>prevent</i>	150	<i>px allergy relief cetirizine</i>	95
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PREVYMIS.....	43	<i>px allergy relief d</i>	104
<i>pirfenidone</i>	98	PREZCOBIX.....	39	<i>px allergy relief d (loratid)</i>	104
PIRMELLA 1/35.....	61	PREZISTA.....	38	<i>px allergy relief loratadine</i>	95
<i>piroxicam</i>	30	PRIFTIN.....	39	<i>px antacid maximum strength</i>	72
<i>plain niacin</i>	150	<i>primaquine phosphate</i>	43	<i>px antacid regular strength</i>	72
PLASMA-LYTE 148.....	123	<i>primidone</i>	111	<i>px arthritis pain relief</i>	36
PLASMA-LYTE A.....	123	PRIORIX.....	28	<i>px artificial tears</i>	91
PLENAMINE.....	130	PRIVIGEN.....	26	<i>px aspirin</i>	36
PLENVU.....	79	<i>probenecid</i>	37	<i>px athletic foot</i>	163
<i>pna-hrt base</i>	55	PRO-CAL.....	150	<i>px b complex/vitamin c</i>	151
<i>podofilox</i>	168	PROCALAMINE.....	130	<i>px calamine</i>	168
<i>poly vitamin</i>	150	PROCERV HP.....	150	<i>px calcium</i>	129
POLYCIN.....	89	<i>prochlorperazine</i>	74	<i>px childrens allergy</i>	95
<i>polyethylene glycol 3350</i>	55, 79	<i>prochlorperazine edisylate</i>	73	<i>px childrens pain relief</i>	36
POLY-IRON 150.....	86	<i>prochlorperazine maleate</i>	74	<i>px childrens profen ib</i>	30
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	89	PROCRIT.....	84	PX CHILDRENS VITAMIN.....	151
<i>polysaccharide iron complex</i>	86	PROCTO-MED HC.....	168	<i>px complete senior multivits</i>	151
<i>polysaccharide-iron complex</i>	86	PROCTO-PAK.....	168	<i>px docusate sodium</i>	79
<i>poly-tussin ac</i>	104	PROCTOSOL HC.....	168	<i>px fiber</i>	79
<i>polyvinyl alcohol</i>	91	PROCTOZONE-HC.....	168	<i>px folic acid</i>	151
<i>poly-vitaliron</i>	150	<i>profola</i>	151	<i>px gas relief extra strength</i>	75
<i>polyvitamin/iron</i>	150	PROGRAF.....	27	<i>px gas relief infants</i>	75
POMALYST.....	23	PROLASTIN-C.....	98	<i>px gas relief ultra strength</i>	75
PORTIA-28.....	61	PROLENSA.....	89	<i>px ibuprofen junior strength</i>	30
<i>posaconazole</i>	40	PROLIA.....	70	<i>px infants profen ib</i>	30
<i>potassium chloride</i>	123, 124	PROMACTA.....	84	<i>px laxative</i>	79
<i>potassium chloride crys er</i>	124	<i>promethazine hcl</i>	74	<i>px mens multivitamins</i>	151
<i>potassium chloride er</i>	124	<i>promethazine vcl/codeine</i>	104	<i>px miconazole 3-day combo</i>	82
<i>potassium chloride in nacl</i>	123	<i>promethazine-codeine</i>	104	<i>px milk of magnesia</i>	79
<i>potassium citrate er</i>	82	<i>promethazine-dm</i>	104	<i>px nasal decongestant</i>	104
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	124	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	104	<i>px pain relief extra strength</i>	36
<i>povidone-iodine</i>	168	<i>propafenone hcl</i>	49	<i>px stomach relief</i>	73
PRALUENT.....	49	<i>propafenone hcl er</i>	49	<i>px stop smoking aid</i>	121
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	107	<i>proparacaine hcl</i>	91	<i>px triple</i>	161
<i>prasugrel hcl</i>	87	<i>propranolol hcl</i>	50	<i>px vitamin c</i>	151
<i>pravastatin sodium</i>	49	<i>propranolol hcl er</i>	50	<i>px vitamin e</i>	151
<i>praziquantel</i>	42	<i>propylthiouracil</i>	56	<i>pyrazinamide</i>	39
<i>prazosin hcl</i>	48	PROQUAD.....	28	<i>pyridostigmine bromide</i>	118
<i>prednisolone</i>	69	PRORENAL + D.....	151	<i>pyridoxine hcl</i>	151
<i>prednisolone acetate</i>	89	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	151	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	36
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	69, 89	PROSIGHT.....	151	<i>qc all day allergy</i>	95
<i>prednisone</i>	69	PROSOL.....	131	<i>qc allergy childrens</i>	96
PREDNISONE INTENSOL.....	69	PROTECT CARDIO AF.....	151	<i>qc allergy relief</i>	96
<i>preferred plus insulin syringe</i>	64	PROTECT PLUS SO.....	151	<i>qc antacid</i>	72
<i>pregabalin</i>	111	PROTEGRA.....	151	<i>qc antacid/anti-gas</i>	72
<i>prehevbrio</i>	28	<i>protriptyline hcl</i>	114	<i>qc anti-diarrheal</i>	73
PREMASOL.....	130	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	104	<i>qc anti-gas</i>	75
<i>prenatal</i>	124, 150	<i>pseudoephedrine hcl</i>	104	<i>qc anti-itch extra strength</i>	168
<i>prenatal 19</i>	150	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	104	<i>qc arthritis pain relief</i>	36
<i>prenatal one daily</i>	150	<i>psyllium fiber</i>	79	<i>qc artificial tears</i>	91
<i>prenatal vitamin</i>	150	PULMICORT FLEXHALER.....	99	<i>qc aspirin</i>	36
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	150	PULMOZYME.....	98	<i>qc aspirin low dose</i>	36
<i>prenatal vitamins</i>	150	<i>pure c 500</i>	151	<i>qc bacitracin</i>	161
<i>prenatal/iron</i>	150	<i>pure calcium carbonate</i>	129	<i>qc calamine</i>	168
PRESERVISION AREDS.....	150	<i>purevit dualfe plus</i>	86	<i>qc calcium fast dissolution</i>	129
PRESERVISION AREDS 2.....	150	PUREWAY-C.....	151	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	96

<i>qc childrens allergy</i>	96	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	52	REFRESH LIQUIGEL.....	91
<i>qc childrens complete</i>	151	<i>quinidine sulfate</i>	49	REFRESH OPTIVE.....	91
<i>qc childrens ibuprofen</i>	30	<i>quinine sulfate</i>	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	91
<i>qc chlor-pheniramine</i>	96	<i>quintabs</i>	151	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
<i>qc complete allergy medicine</i>	96	<i>quintabs-m</i>	151	PF.....	91
<i>qc daily multivit/multimineral</i>	151	<i>ra balanced b-100</i>	151	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	91
<i>qc daily multivitamins/iron</i>	151	<i>ra balanced b-50</i>	151	REFRESH OPTIVE PF.....	91
<i>qc diarrhea relief</i>	73	<i>ra b-complex</i>	151	REFRESH PLUS.....	91
<i>qc enema</i>	80	<i>ra b-complex with b-12</i>	151	REFRESH RELIEVA.....	91
<i>qc enteric aspirin</i>	36	<i>ra calcium 600</i>	129	REFRESH RELIEVA PF.....	91
<i>qc epsom salt</i>	80	<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	129	REFRESH TEARS.....	91
<i>qc ferrous sulfate</i>	86	<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	129	REGRANEX.....	161
<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	96	<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	129	REGULOID.....	80
<i>qc fiber laxative</i>	80	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	129	REHYDRALYTE.....	125
<i>qc gas relief extra strength</i>	75	RA CENTRAL-VITE.....	151	<i>rejuvacare plus</i>	55
<i>qc gentle laxative</i>	80	<i>ra central-vite womens mature</i>	152	RELENZA DISKHALER.....	43
<i>qc loratadine allergy relief</i>	96	<i>ra coenzyme q-10</i>	122	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	64
<i>qc loratadine-d</i>	104	<i>ra folic acid</i>	152	RELISTOR.....	75
<i>qc melatonin max st</i>	122	RA HI CAL.....	129	REMEDY ANTIFUNGAL.....	163
<i>qc mens daily multivitamin</i>	151	<i>ra iron</i>	86	REMEDY PHYTOPLEX	
<i>qc miconazole 7</i>	82	<i>ra natural magnesium</i>	129	ANTIFUNGAL.....	163
<i>qc milk of magnesia</i>	80	<i>ra niacin</i>	152	REMICADE.....	25
<i>qc mucus relief</i>	105	<i>ra no flush niacin</i>	152	RENAL.....	152
<i>qc mucus relief childrens</i>	105	<i>ra one daily energy formula</i>	152	RENAL MULTIVITAMIN	
<i>qc mucus relief er</i>	105	<i>ra one daily essential</i>	152	FORMULA.....	152
<i>qc mucus relief max st</i>	105	<i>ra one daily maximum</i>	152	<i>renal vitamin</i>	152
<i>qc multi-vite</i>	151	<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	152	<i>renal-vite</i>	152
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	151	<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	152	RENAPLEX.....	152
<i>qc natural vegetable</i>	80	<i>ra one daily womens</i>	152	RENAPLEX-D.....	152
<i>qc natura-lax</i>	80	<i>ra ped electrolyte freezer pop</i>	125	<i>rena-vite</i>	152
<i>qc nicotine transdermal system</i>	121	<i>ra pediatric electrolyte</i>	125	<i>rena-vite rx</i>	152
<i>qc non-aspirin childrens</i>	36	<i>ra vitamin a</i>	152	RENFLEXIS.....	25
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	36	<i>ra vitamin b-1</i>	152	<i>reno caps</i>	152
<i>qc pain relief</i>	36	<i>ra vitamin b12</i>	152	<i>repaglinide</i>	66
<i>qc pain relief childrens</i>	36	<i>ra vitamin b-12</i>	152	REQ 49+.....	152
<i>qc pain relief extra strength</i>	36	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	152	RESTASIS.....	91
<i>qc pink bismuth</i>	73	<i>ra vitamin b-6</i>	152	RESTASIS MULTIDOSE.....	91
<i>qc povidone iodine</i>	168	<i>ra vitamin c</i>	152	RESTORA RX.....	73
<i>qc prenatal</i>	151	<i>ra vitamin c cr</i>	152	RETEVMO.....	19
<i>qc stool softener</i>	80	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	152	REVLIMID.....	23
<i>qc stool softener pls laxative</i>	80	<i>ra vitamin d-3</i>	152	REXULTI.....	116
<i>qc suphedrine maximum strength</i>	105	<i>ra vitamins complete childrens</i>	152	REYATAZ.....	38
<i>qc therin-m</i>	151	<i>ra zinc</i>	129	REZLIDHIA.....	19
<i>qc tolnaftate</i>	163	RABAVERT.....	28	REZUROCK.....	27
<i>qc triple antibiotic max st</i>	161	<i>rabeprazole sodium</i>	76	RHOPRESSA.....	88
<i>qc tussin cf</i>	105	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		<i>ribavirin</i>	43
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	105	D3.....	152	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	165
<i>qc tussin mucus/congestion</i>	105	<i>raloxifene hcl</i>	67	<i>rifabutin</i>	39
<i>qc womens daily multivitamin</i>	151	<i>ramipril</i>	54	<i>rifampin</i>	39
<i>q-derm</i>	55	<i>ranolazine er</i>	53	<i>riluzole</i>	118
Q-GEL FORTE.....	122	<i>rasagiline mesylate</i>	107	<i>rimantadine hcl</i>	43
Q-GEL MEGA.....	122	RAYALDEE.....	57	RINVOQ.....	25
QINLOCK.....	19	RECLIPSEN.....	61	RISABAL-PH.....	168
Q-SORB CO Q-10.....	122	RECOMBIVAX HB.....	29	RISAMINE.....	168
QSYMIA.....	121	RECTIV.....	168	<i>risedronate sodium</i>	70
QUADRACEL.....	28	<i>reeses pinworm medicine</i>	42	RISPERDAL CONSTA.....	116, 117
<i>quetiapine fumarate</i>	116	REFRESH.....	91	<i>risperidone</i>	117
<i>quetiapine fumarate er</i>	116	REFRESH CELLUVISC.....	91	<i>ritonavir</i>	38
<i>quin b strong</i>	151	REFRESH DIGITAL.....	91	<i>rivastigmine</i>	113
<i>quinapril hcl</i>	54	REFRESH DIGITAL PF.....	91	<i>rivastigmine tartrate</i>	112

RIVELSA.....	61	sertraline hcl.....	114	sm aspirin.....	36
rizatriptan benzoate.....	119	se-tan plus.....	86	sm aspirin adult low strength.....	36
robafen cf multi-symptom cold.....	105	SETLAKIN.....	61	sm aspirin ec.....	36
ROBAFEN DM CGH/CHEST		sevelamer carbonate.....	56	sm aspirin low dose.....	36
CONGEST.....	105	SHAROBEL.....	61	sm athletes foot.....	163
ROBAFEN DM COUGH.....	105	SHINGRIX.....	29	sm b super vitamin complex.....	153
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIDEROL.....	153	sm b100 complex.....	153
CONGESTION.....	105	SIGNIFOR.....	68	sm b-complex.....	153
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	105	silace.....	80	sm b-complex/vitamin c.....	153
ROCKLATAN.....	88	siladryl allergy.....	96	sm benzoin tincture.....	168
roflumilast.....	98	sildenafil citrate.....	54	sm biotin.....	153
ropinirole hcl.....	107	siltussin dm das.....	105	sm calamine.....	168
rosuvastatin calcium.....	49	siltussin sa.....	105	sm calamine phenolated.....	168
ROTARIX.....	29	siltussin-dm alcohol free.....	105	sm calcium 500/vitamin d3.....	129
ROTATEQ.....	29	silver sulfadiazine.....	161	sm calcium 600/vitamin d.....	129
ROWEEPRA.....	111	SIMBRINZA.....	88	sm calcium citrate w/vit d3.....	129
ROZLYTREK.....	20	simethicone.....	75	sm calcium citrate+/vit d3.....	129
RUBRACA.....	20	simethicone drops infants.....	75	sm calcium citrate+d3 petite.....	129
rufinamide.....	111	simethicone ultra strength.....	75	sm calcium citrate+vit d3 max.....	130
RUKOBIA.....	38	SIMLIYA.....	61	sm calcium/vitamin d.....	130
RYBELSUS.....	66	SIMPESSE.....	61	sm calcium-vitamin d.....	130
RYDAPT.....	20	simvastatin.....	49	sm chewable vitamin c.....	153
rynex pse.....	105	sinus 12 hour.....	105	sm childrens ibuprofen.....	31
SAJAZIR.....	84	sinus congestion max strength.....	105	sm childrens loratadine.....	96
SALTSTABLE LO.....	55	sinus nasal spray.....	105	SM CLEARLAX.....	80
SANDIMMUNE.....	27	sinus relief extra strength.....	105	sm clotrimazole vaginal.....	82
SANTYL.....	161	sirolimus.....	27	sm co q-10.....	123
sapropterin dihydrochloride.....	68	SIRTURO.....	39	sm coenzyme q-10.....	123
SAVISION.....	152	SIVEXTRO.....	42	sm complete.....	153
sb calcium + d.....	129	SKYRIZI.....	25	sm complete 50+.....	153
sb lice killing max st.....	165	SKYRIZI PEN.....	25	sm complete 50+ ultimate mens....	153
sb oyster shell calcium.....	129	SLOW FE.....	86	sm complete 50+ ultimate women..	153
sb vitamin c.....	153	slow iron.....	87	sm complete advanced formula.....	153
scar care.....	55	slow release iron.....	87	sm complete senior formula.....	153
SCSEMBLIX.....	20	SLOW-MAG.....	129	sm cough dm.....	105
scopolamine.....	74	sm 3-day vaginal.....	82	sm cough dm childrens.....	105
SECUADO.....	117	sm 8 hour pain relief.....	36	sm dry eye relief.....	91
selegiline hcl.....	107	sm all day allergy.....	96	sm ear drops.....	169
selenious acid.....	131	sm all day allergy childrens.....	96	sm enema.....	80
selenium sulfide.....	164	sm all day allergy-d.....	105	sm epsom salt.....	80
SELZENTRY.....	38	sm allergy 4 hour.....	96	sm fexofenadine hcl.....	96
senexon.....	80	sm allergy childrens.....	96	sm fiber.....	80
SENEXON-S.....	80	sm allergy relief.....	96	sm folic acid.....	153
senior tabs.....	153	sm animal shapes complete.....	153	sm gas relief.....	75
senna.....	80	sm animal shapes kids first.....	153	sm gas relief antifatulent.....	75
senna laxative.....	80	sm antacid.....	72	sm gas relief extra strength.....	75
senna plus.....	80	sm antacid advanced.....	72	sm gas relief infants.....	75
senna s.....	80	sm antacid advanced max st.....	72	sm gentle laxative.....	80
senna-lax.....	80	sm antacid maximum strength.....	72	sm hair/skin/nails.....	153
senna-plus.....	80	sm antacid/antigas.....	72	sm ibuprofen ib.....	31
senna-s.....	80	sm antibiotic.....	161	sm ibuprofen ib childrens.....	31
senna-tabs.....	80	sm anti-diarrheal.....	73	sm infants ibuprofen.....	31
senna-time.....	80	sm antifungal clotrimazole.....	163	sm iron.....	87
senna-time s.....	80	sm antifungal miconazole.....	163	sm iron slow release.....	87
sennosides-docusate sodium.....	80	sm antifungal tolnaftate.....	163	sm lice killing max strength.....	165
SENOKOT.....	80	sm anti-itch extra strength.....	168	sm lice treatment.....	165
SENOKOT S.....	80	sm antioxidant vitamins.....	153	sm loratadine.....	96
sentry.....	153	sm antiseptic skin cleanser.....	168	sm loratadine allergy relief.....	96
sentry senior.....	153	sm arthritis pain relief.....	36	sm lorata-dine d.....	105
SEREVENT DISKUS.....	96	sm arthritis pain reliever.....	36	sm loratadine d 12hr.....	105

<i>sm lubricant eye drops</i>	92	<i>sm vitamin d3</i>	154	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	160
<i>sm lubricating plus</i>	92	<i>sm vitamin e</i>	154	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	88
<i>sm lubricating tears</i>	92	<i>sm zinc gluconate</i>	130	<i>sulfadiazine</i>	42
<i>sm miconazole 3</i>	82	<i>sodium bicarbonate</i>	72	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	42
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	82	<i>sodium chloride</i>	106, 124, 161	SULFAMYLON	162
<i>sm miconazole 7</i>	82	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	92	<i>sulfasalazine</i>	76
<i>sm milk of magnesia</i>	81	<i>sodium fluoride</i>	124	<i>sulindac</i>	31
<i>sm mucus relief</i>	106	<i>sodium oxybate</i>	119	<i>sumatriptan</i>	119
<i>sm mucus relief max strength</i>	106	<i>sodium phenylbutyrate</i>	68	<i>sumatriptan succinate</i>	119
<i>sm multiple vitamins essential</i>	153	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	<i>sumatriptan succinate refill</i>	119
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	153	<i>solifenacin succinate</i>	81	<i>sunitinib malate</i>	20
<i>sm nasal decongestant</i>	106	SOLIQUEA	64	SUNLENCA	38
<i>sm nasal decongestant max st</i>	106	<i>solo</i>	154	SUNVITE ADVANCED	154
<i>sm nasal decongestant pe</i>	106	SOLTAMOX	16	<i>super antioxidant</i>	154
<i>sm nasal spray</i>	106	SOLU-CORTEF	69	<i>super aytinal</i>	154
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	106	SOMATULINE DEPOT	68	<i>super aytinal 50 plus</i>	154
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	106	SOMAVERT	68	<i>super b complex maxi</i>	154
<i>sm nasal spray sinus</i>	106	SOOTHE & COOL INZO		<i>super b complex/fal/vit c</i>	154
<i>sm niacin cr</i>	153	ANTIFUNGAL	163	<i>super b complex/vitamin c</i>	154
<i>sm nicotine</i>	121	<i>sorafenib tosylate</i>	20	<i>super b-complex + vitamin c</i>	154
<i>sm nicotine polacrilex</i>	121	SORBOLENE	168	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	154
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	106	SORINE	49	<i>super biotin</i>	154
<i>sm one daily mens</i>	153	<i>sotalol hcl</i>	49	<i>super calcium</i>	130
<i>sm one daily womens</i>	153	<i>sotalol hcl (af)</i>	49	<i>super calcium 600 + d 400</i>	130
<i>sm opti-vitamins</i>	153	<i>span c</i>	154	<i>super calcium 600 + d3</i>	130
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	130	SPECTRAVITE	154	<i>super multiple</i>	154
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	130	<i>spironolactone</i>	48	SUPER NU-THERA	154
<i>sm pain & fever childrens</i>	36	<i>spironolactone-hctz</i>	53	SUPER QUINTS B-50	154
<i>sm pain & fever infants</i>	36	SPRINTEC 28	61	<i>super thera vite m</i>	154
<i>sm pain relief</i>	36	SPRITAM	111	<i>super vita-mins</i>	154
<i>sm pain reliever</i>	36	SPRYCEL	20	<i>superplex-t</i>	154
<i>sm pain reliever childrens</i>	36	SPS	57	<i>suphedrine 12hour</i>	106
<i>sm pain reliever ex st</i>	36	SRONYX	61	<i>support</i>	154
<i>sm pediatric electrolyte</i>	125	SSD	162	SUPPORT-500	155
<i>sm povidone-iodine</i>	168	<i>stavudine</i>	38	SUPREP BOWEL PREP KIT	81
<i>sm senna laxative</i>	81	<i>sterile water for irrigation</i>	161	<i>sv vitamin b-12 er</i>	155
<i>sm senna-s</i>	81	<i>stimulant laxative</i>	81	SYEDA	61
<i>sm slow release iron</i>	87	STIVARGA	20	SYMBICORT	97
<i>sm stomach relief</i>	73	<i>stomach relief</i>	73	SYMDEKO	98
<i>sm stool softener</i>	81	<i>stool softener</i>	81	SYMJEPI	98
<i>sm stool softener/laxative</i>	81	<i>stool softener laxative</i>	81	SYMPAZAN	111
<i>sm super b complex/c</i>	153	<i>stool softener plus laxative</i>	81	SYMTOZA	39
<i>sm triple antibiotic</i>	161	<i>stool softener/laxative</i>	81	SYNAREL	68
<i>sm triple antibiotic max st</i>	161	<i>streptomycin sulfate</i>	42	SYNERCID	42
<i>sm triple antibiotic original</i>	161	<i>stress formula</i>	154	SYNJARDY	66
<i>sm tussin cf</i>	106	<i>stress formula (folic acid)</i>	154	SYNJARDY XR	66
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	106	<i>stress formulaliron</i>	154	SYNRIBO	23
<i>sm tussin dm</i>	106	STRESSTABS ADVANCED	154	SYNTHROID	56
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	106	STRESSTABS ENERGY	154	SYRSPEND SF	55
<i>sm vit c/rose hips</i>	153	STRIBILD	39	SYSTANE	92
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	153	STROVITE FORTE	154	SYSTANE BALANCE	92
<i>sm vitamin b1</i>	153	STROVITE ONE	154	SYSTANE COMPLETE	92
<i>sm vitamin b-12</i>	153	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	168	SYSTANE HYDRATION PF	92
<i>sm vitamin b12 tr</i>	153	SUBVENITE	111	SYSTANE ICAPS AREDS2	155
<i>sm vitamin b6</i>	153	<i>sucralfate</i>	75	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm vitamin b-6</i>	153	SUDOGEST	106	THERAPY	92
<i>sm vitamin c</i>	154	<i>sudogest 12 hour</i>	106	SYSTANE PRESERVATIVE FREE	92
<i>sm vitamin c cr</i>	154	SUDOGEST MAXIMUM		SYSTANE ULTRA	92
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	154	STRENGTH	106	SYSTANE ULTRA PF	92
<i>sm vitamin d</i>	154	<i>sulfacetamide sodium</i>	89	TAB-A-VITE	155

TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	155	<i>tgt psyllium fiber</i>	81	<i>tolterodine tartrate</i>	81
<i>tab-a-vite/iron</i>	155	<i>tgt stomach relief</i>	73	<i>tolterodine tartrate er</i>	81
TAB-A-VITE/IRON/BETA		THALOMID	23, 24	<i>topiramate</i>	111
CAROTENE	155	THE MAGIC BULLET	81	TOPOSAR	23
TABLOID	22	THEO-24	98	<i>toremifene citrate</i>	16
TABRECTA	20	<i>theophylline</i>	98	<i>torsemide</i>	53
<i>tacrolimus</i>	27, 168	<i>theophylline er</i>	98	<i>total allergy</i>	96
TAFINLAR	20	THERA	155	<i>total b/c</i>	156
TAGRISSO	20	THERA M PLUS	155	TOUJEO MAX SOLOSTAR	64
TALTZ	25	<i>thera vital m</i>	155	TOUJEO SOLOSTAR	64
TALZENNA	20	<i>therabasic-m</i>	155	TPN ELECTROLYTES	124
<i>tamoxifen citrate</i>	16	THERA-D 2000	155	TRADJENTA	66
<i>tamsulosin hcl</i>	83	THERA-D RAPID REPLETION	155	TRALEMENT	131
TARINA 24 FE	62	THERAGRAN-M	155	<i>tramadol hcl</i>	32
TARINA FE 1/20 EQ	62	THERAGRAN-M ADVANCED	155	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
TASIGNA	20	THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>trandolapril</i>	54
<i>tasimelteon</i>	118	PLUS	155	<i>tranexamic acid</i>	84
<i>tazarotene</i>	163	THERAGRAN-M PREMIER	155	<i>tranylcypromine sulfate</i>	114
TAZICEF	45	THERAGRAN-M PREMIER 50		TRAVASOL	131
TAZORAC	163	PLUS	155	TRAZIMERA	20
TAZTIA XT	51	<i>thera-m</i>	155	<i>trazodone hcl</i>	114
TAZVERIK	20	THERAMILL FORTE	155	TRECATOR	39
TDVAX	29	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	155	TRELEGY ELLIPTA	97
TECENTRIQ	20	<i>therapeutic moisturizing</i>	168	<i>treprostinil</i>	54
TEFLARO	45	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	155	TRESIBA	64
<i>telmisartan</i>	48	<i>therapeutic-m</i>	155	TRESIBA FLEXTOUCH	64
<i>telmisartan-amlodipine</i>	52	<i>therapeutic-m/lutein</i>	155	<i>tretinoin</i>	23, 160
<i>telmisartan-hctz</i>	52	<i>thera-tabs</i>	155	<i>triamcinolone acetonide</i>	160, 165
<i>temazepam</i>	118, 119	<i>thera-tabs m</i>	155	<i>triamterene-hctz</i>	53
TENIVAC	29	THERATEARS	92	<i>tri-buffered aspirin</i>	37
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	38	THERATRUM COMPLETE	155	TRICARE	124
TEPMETKO	20	THERATRUM COMPLETE 50		TRICON	87
<i>terazosin hcl</i>	48	PLUS	155	<i>trientine hcl</i>	57
<i>terbinafine hcl</i>	40, 163	<i>theravim-m</i>	155	TRI-ESTARYLLA	62
<i>terbutaline sulfate</i>	97	THEREMS	155	TRIFERIC	87
<i>terconazole</i>	82	THEREMS-H	155	<i>trifluoperazine hcl</i>	117
<i>teriparatide (recombinant)</i>	70	THEREMS-M	155	<i>trifluridine</i>	89
<i>testosterone</i>	57	<i>thiamine hcl</i>	155, 156	<i>trigels-f forte</i>	87
<i>testosterone cypionate</i>	57	<i>thiamine mononitrate</i>	156	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	107
<i>testosterone enanthate</i>	57	<i>thioridazine hcl</i>	117	TRIJARDY XR	66
<i>tetrabenazine</i>	118	<i>thiothixene</i>	117	TRIKAFTA	98
<i>tetracycline hcl</i>	48	<i>thrivite 19</i>	156	TRI-LEGEST FE	62
<i>tgt acetaminophen childrens</i>	36	TIADYLT ER	51	TRI-LINYAH	62
<i>tgt acetaminophen ex st</i>	36	<i>tiagabine hcl</i>	111	TRI-LO-ESTARYLLA	62
<i>tgt allergy relief</i>	96	TIBSOVO	20	TRI-LO-MARZIA	62
<i>tgt antifungal</i>	163	TICOVAC	29	TRI-LO-MILI	62
<i>tgt antifungal spray powder</i>	163	<i>tigecycline</i>	48	TRI-LO-SPRINTEC	62
<i>tgt childrens acetaminophen</i>	37	TILIA FE	62	<i>trimethoprim</i>	42
<i>tgt childrens ibuprofen</i>	31	<i>timolol maleate</i>	50, 88	TRI-MILI	62
<i>tgt fiber therapy</i>	81	TING	163	<i>trimipramine maleate</i>	114
<i>tgt gas relief extra strength</i>	75	TIVICAY	38	TRINTELLIX	114
<i>tgt gentle laxative</i>	81	TIVICAY PD	38	TRI-NYMYO	62
<i>tgt ibuprofen childrens</i>	31	<i>tizanidine hcl</i>	108	<i>triphrocaps</i>	156
<i>tgt lubricant eye drops</i>	92	TOBRADEX	88	<i>triple antibiotic</i>	162
<i>tgt miconazole 7</i>	82	TOBRADEX ST	88	<i>triple antibiotic plus</i>	162
<i>tgt nicotine polacrilex</i>	121	<i>tobramycin</i>	42, 89	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	162
<i>tgt nicotine step one</i>	122	<i>tobramycin sulfate</i>	42	TRI-SPRINTEC	62
<i>tgt nicotine step three</i>	122	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	88	TRIUMEQ	39
<i>tgt nicotine step two</i>	122	<i>tolnaftate</i>	163	TRIUMEQ PD	39
TGT POWDERLAX	81	<i>tolnaftate antifungal</i>	163	TRIVORA (28)	62

TRI-VYLIBRA.....	62	<i>value plus glucose</i>	57	VISTA ADVANCED AREDS2	
TRI-VYLIBRA LO.....	62	VANADOM.....	108	FORMULA.....	156
TRIZIVIR.....	39	<i>vancomycin hcl</i>	42	VISTA ADVANCED DRY EYE	
TROGARZO.....	38	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	42	FORMULA.....	156
TROPHAMINE.....	131	VANIBASE.....	55	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	156
<i>tropical liquid nutrition</i>	156	VANICREAM.....	168	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	156
<i>tropium chloride</i>	81	<i>vanishing cream botanical base</i>	55	<i>vita hair</i>	156
TRULICITY.....	66	VAQTA.....	29	<i>vitabasic complete</i>	156
TRUMENBA.....	29	<i>varenicline tartrate</i>	122	<i>vitabasic senior</i>	156
TRUSELTIQ (100MG DAILY		VARIVAX.....	29	<i>vita-beel/c</i>	156
DOSE).....	20	VASCEPA.....	50	<i>vitabex plus</i>	156
TRUSELTIQ (125MG DAILY		<i>v-c forte</i>	156	<i>vitachew multiple vitamin</i>	157
DOSE).....	20	<i>vegetable lax+stool softener</i>	81	VITAFOL.....	157
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	20	VELIVET.....	62	VITAL-D RX.....	157
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	20	VELPHORO.....	56	<i>vitalee</i>	157
TRUXIMA.....	20	VELTASSA.....	57	VITALETS CHILDRENS.....	157
TUKYSA.....	20	VELVACHOL.....	168	<i>vitamin a</i>	157
TURALIO.....	21	VEMLIDY.....	44	<i>vitamin b + c complex</i>	157
TUSNEL C.....	106	VENCLEXTA.....	21	<i>vitamin b 12</i>	157
<i>tusnel diabetic</i>	106	VENCLEXTA STARTING PACK.....	21	<i>vitamin b complex</i>	157
TUSNEL-EX.....	106	VENEXA.....	156	<i>vitamin b-1</i>	157
<i>tussin cf</i>	106	VENEXA FE.....	156	<i>vitamin b12</i>	157
<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	106	<i>venlafaxine hcl</i>	114	<i>vitamin b-12</i>	157
<i>tussin cough</i>	106	<i>venlafaxine hcl er</i>	114	<i>vitamin b-12 er</i>	157
<i>tussin dm</i>	106	VENOFER.....	87	<i>vitamin b12 tr</i>	157
<i>tussin dm cough + chest</i>	106	VENTAVIS.....	54	<i>vitamin b12-folic acid</i>	157
<i>tussin mucus & chest congest</i>	106	VENTOLIN HFA.....	97	<i>vitamin b6</i>	157
<i>tussin mucus+chest congestion</i>	106	VENTRIXYL.....	156	<i>vitamin b-6</i>	157
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	107	VENTRIXYL FE.....	156	<i>vitamin b-complex</i>	157
TWINRIX.....	29	<i>verapamil hcl</i>	51	<i>vitamin c</i>	157
TYBOST.....	38	<i>verapamil hcl er</i>	51	<i>vitamin c drops</i>	157
TYDEMY.....	62	VERQUVO.....	53	<i>vitamin c er</i>	157
TYPHIM VI.....	29	VERSACLOZ.....	117	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	157
TYRVAYA.....	92	<i>versatile cream base</i>	55	<i>vitamin c/rose hips</i>	157
U-BASE.....	55	VERSIGEL.....	55	<i>vitamin c/rose hips tr</i>	157
UDAMIN SP.....	156	VERZENIO.....	21	<i>vitamin c-acerola</i>	157
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		VESTURA.....	62	<i>vitamin c-rose hips</i>	157
KIDS.....	156	V-GO 20.....	64	<i>vitamin c-rose hips er</i>	157
<i>ultra freeda</i>	156	V-GO 30.....	64	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	157
<i>ultra freedaliron</i>	156	V-GO 40.....	64	<i>vitamin d</i>	158
ULTRA FRESH.....	92	VIC-FORTE.....	156	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	157
<i>ultra lubricating eye drops</i>	92	VICTOZA.....	66	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	158
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VIENVA.....	62	<i>vitamin d high potency</i>	158
MATURE.....	156	<i>vigabatrin</i>	112	<i>vitamin d infant</i>	158
ULTRACHOICE ADVANCED		VIGADRONE.....	112	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	158
FORMULA.....	156	VIIBRYD STARTER PACK.....	114	<i>vitamin d3</i>	158
<i>unicomplex-m</i>	156	<i>vilazodone hcl</i>	114	<i>vitamin d-3</i>	158
UNITHROID.....	56	VIMPAT.....	112	<i>vitamin d3 complete</i>	158
<i>ursodiol</i>	75	<i>vincristine sulfate</i>	23	<i>vitamin d3 maximum strength</i>	158
<i>valacyclovir hcl</i>	43	<i>vinorelbine tartrate</i>	23	<i>vitamin d3 super strength</i>	158
VALCHLOR.....	168	<i>viorele</i>	62	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	158
<i>valganciclovir hcl</i>	43, 44	VIRACEPT.....	38	<i>vitamin d-400</i>	158
<i>valproate sodium</i>	111	VIREAD.....	38	<i>vitamin e</i>	158
<i>valproic acid</i>	111	<i>virt-caps</i>	156	<i>vitamin e blend</i>	158
<i>valsartan</i>	48	<i>virt-fefa plus</i>	87	<i>vitamin e water soluble</i>	158
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	52	VIRT-GARD.....	156	<i>vitamin e-200</i>	158
VALTOCO 10 MG DOSE.....	111	<i>vision formula 2</i>	156	<i>vitamin e-400</i>	158
VALTOCO 15 MG DOSE.....	111	<i>vision formula eye health</i>	156	<i>vitamin k1</i>	158
VALTOCO 20 MG DOSE.....	111	<i>vision formulallutein</i>	156	<i>vitamins acd-fluoride</i>	158
VALTOCO 5 MG DOSE.....	111	<i>vision vitamins</i>	156	<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	158

<i>vitamins for hair</i>	158	XERMELO.....	75	<i>zonisamide</i>	112
<i>vitamins/minerals</i>	158	XGEVA.....	70	<i>zoo friends complete</i>	159
VITASANA.....	158	XHANCE.....	99	ZOSTRIX HP.....	169
<i>vitasure</i>	158	XIFAXAN.....	75	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitatrum</i>	159	XIGDUO XR.....	66		169
VITATRUM COMPLETE.....	158	XIIDRA.....	92	ZOVIA 1/35 (28).....	63
VITRAKVI.....	21	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	44	ZTALMY.....	112
VITRAMYN.....	159	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	44	ZUMANDIMINE.....	63
VITRANOL.....	159	XOLAIR.....	99	ZYDELIG.....	21
VITRANOL FE.....	159	XOSPATA.....	21	ZYKADIA.....	21
VITREXATE.....	159	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET.....	88
VITREXATE FE.....	159	WEEKLY).....	21	ZYPREXA RELPREVV.....	117
VITREXYL.....	159	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	21	<i>zyvana</i>	159
VITREXYL + IRON.....	159	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	21		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	159	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	21		
VITRUM SENIOR.....	159	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	21		
VIVITROL.....	122	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	21		
VIZIMPRO.....	21	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	21		
<i>v-max</i>	55	XTANDI.....	16		
VONJO.....	21	XULANE.....	62		
<i>voriconazole</i>	40	XULTOPHY.....	64		
VOSEVI.....	44	<i>xvite</i>	159		
VOTRIENT.....	21	XYREM.....	119		
<i>vp-vite rx</i>	159	YELETS TEENAGE FORMULA....	159		
VRAYLAR.....	117	YF-VAX.....	29		
VYFEMLA.....	62	<i>yl coenzyme q10</i>	123		
VYLIBRA.....	62	<i>yl folic acid</i>	159		
VYZULTA.....	88	<i>yl vitamin b-6</i>	159		
WAL-DRYL ALLERGY.....	96	<i>yl vitamin c</i>	159		
<i>warfarin sodium</i>	83	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	159		
<i>wee care</i>	87	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D.....	159	GUMMIES.....	159		
WELIREG.....	23	YUVAFEM.....	69		
WERA.....	62	ZAFEMY.....	62		
<i>wescaps</i>	159	<i>zafirlukast</i>	99		
<i>westab max</i>	159	<i>zaleplon</i>	119		
<i>westab mini</i>	159	ZARXIO.....	84		
<i>westab one</i>	159	ZEASORB-AF.....	163		
<i>west-vite w/folic acid</i>	159	ZEJULA.....	21		
<i>womans laxative</i>	81	ZELBORAF.....	21		
<i>womens 50+ advanced</i>	159	ZEMAIRA.....	99		
<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	159	ZENATANE.....	160		
<i>womens daily formula</i>	159	ZENPEP.....	76		
<i>womens multi</i>	159	ZERViate.....	87		
<i>womens multi gummies</i>	159	<i>zidovudine</i>	38		
<i>womens multivitamin</i>	159	ZIEXTENZO.....	84		
<i>wound care</i>	55	<i>zinc</i>	130		
WYMZYA FE.....	62	<i>zinc chloride</i>	131		
XALKORI.....	21	<i>zinc gluconate</i>	130		
XARELTO.....	83	<i>zinc oxide</i>	168		
XARELTO STARTER PACK.....	83	<i>zinc sulfate</i>	130		
XATMEP.....	25	<i>ziprasidone hcl</i>	117		
XCEL 100.....	56	<i>ziprasidone mesylate</i>	117		
XCOPRI.....	112	ZIRABEV.....	21		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	112	ZIRGAN.....	89		
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	112	<i>zoledronic acid</i>	70		
XELJANZ.....	25	ZOLINZA.....	21		
XELJANZ XR.....	25	<i>zolmitriptan</i>	119		
XENICAL.....	68	<i>zolpidem tartrate</i>	119		
XERAC AC.....	168	ZONISADE.....	112		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)
Formulario de 2023: Lista de Medicamentos Cubiertos

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m., o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el **16/5/2023**.

H9576_PhmdrugList23 Approved 10/07/2022



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.